



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

ESS

PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOA COM DOENÇA
CARDIOVASCULAR:
Construção de um procedimento de enfermagem

2019



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR:

Construção de um procedimento de enfermagem

Olga Patrícia Rodrigues Gonçalves

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Olga Patrícia Rodrigues Gonçalves

PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO
EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR:
CONSTRUÇÃO DE UM PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Clementina Sousa

Escola Superior de Saúde, janeiro de 2019

RESUMO

O regime terapêutico da pessoa com doença cardiovascular assume-se como complexo, com necessidade de intervenção farmacológica e não farmacológica implicando a adesão à gestão individual do mesmo, para que resultados efetivos em saúde sejam visíveis. Neste contexto, o cuidado prestado à pessoa com doença cardiovascular pressupõe uma intervenção planeada, para dotá-la de competência para a gestão do regime terapêutico, de modo a manter a sua saúde e a evitar ao máximo possíveis limitações ou recorrência da doença. O impacto da doença cardiovascular súbita gera situações de muita ansiedade, dúvidas, medo ou angústia, pelo que o enfermeiro, nomeadamente, especialista em enfermagem médico-cirúrgica, deve ser capaz de prestar cuidados, à pessoa que vivencia processos complexos de doença cardiovascular, no âmbito da promoção da saúde, do autocuidado e bem-estar, assim como, na prevenção de complicações.

A realização deste trabalho, sustentado na metodologia de projeto, teve como objetivo principal, a construção e validação de um procedimento de enfermagem para a promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoas com doença cardiovascular.

Este estudo assentou no diagnóstico de necessidades e planeamento da ação. O plano da ação desenvolveu-se em duas etapas. Da primeira, emerge a versão inicial do procedimento de enfermagem apoiada em recomendações internacionais para a prevenção e gestão da doença cardiovascular, na teoria das Transições de Meleis, na teoria do Autocuidado de Orem e na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®). O procedimento de enfermagem, organizado pela Avaliação Inicial, Focos de atenção considerados relevantes, Intervenções e Resultados de Enfermagem, orienta-se para os cuidados na admissão, internamento e de continuidade após evento cardiovascular súbito.

A segunda parte reporta-se às opções metodológicas para obtenção de uma versão de consenso do procedimento de enfermagem, pelo julgamento de um painel de peritos, utilizando a técnica de Delphi. Foram também submetidas à avaliação dos peritos, propostas de estratégias de implementação e de avaliação do mesmo.

Decorrentes desta atividade central, outras atividades foram operacionalizadas, como a elaboração de um guia orientador para a implementação do Procedimento e a criação de indicadores de qualidade da intervenção de enfermagem na promoção da gestão do regime terapêutico.

O atingimento dos objetivos propostos permitirá, através da construção de um procedimento de enfermagem e da criação de indicadores de qualidade dos cuidados à pessoa com doença cardiovascular, contribuir para a melhoria contínua dos cuidados, da saúde e do bem-estar dos utentes.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem, doença cardiovascular, transições, autocuidado, gestão de regime terapêutico

ABSTRACT

The therapeutic regimen of the person with cardiovascular disease is assumed to be complex, requiring pharmacological and non-pharmacological intervention, implying adherence to the individual management of the same, so that effective health outcomes are visible. In this context, the care provided to the person with cardiovascular disease presupposes a planned intervention, to equip it with competence for the management of the therapeutic regime, in order to maintain its health and to avoid to the maximum possible limitations or recurrence of the disease. The impact of sudden cardiovascular disease generates situations of great anxiety, doubt, fear or anguish, so that the nurse, namely a specialist in medical-surgical nursing, should be able to provide care to the person who experiences complex cardiovascular disease processes in the promotion of health, self-care and well-being, as well as in the prevention of complications.

The main objective of this work, based on the project methodology, was the construction and validation of a nursing procedure to promote the self management of the therapeutic regimen in people with cardiovascular disease.

This study was based on the diagnosis of needs and action planning. The action plan developed in two stages. From the first, the initial version of the nursing procedure based on international recommendations for the prevention and management of cardiovascular disease emerges, in the Meleis Transitions theory, Orem Self-Care and the International Classification for Nursing Practice (ICNP®). The nursing procedure, organized by the Initial Evaluation, Focuses of attention considered relevant, Nursing Interventions and Results, is oriented towards care in admission, hospitalization and continuity after sudden cardiovascular event.

The second part deals with the methodological options to obtain a consensus version of the nursing procedure, by the judgment of a panel of experts, using the Delphi technique. The evaluation of the experts, proposals for strategies of implementation and evaluation of the same were also submitted.

As a result of this central activity, other activities were operationalized, such as the preparation of a guideline for the implementation of the same and the creation of quality indicators of the nursing intervention in promoting the management of the therapeutic regime.

The achievement of the proposed objectives will, through the construction of a nursing procedure and the creation of indicators of quality of care for the person with cardiovascular disease, contribute to the continuous improvement of the care, health and well-being of the users.

Key words: Nursing care, cardiovascular disease, transitions, self-care, management of therapeutic regimen

AGRADECIMENTOS

Acredito que vivemos das escolhas que fazemos ao longo da nossa vida, e frequentar este mestrado foi uma delas, mas mais do que as escolhas que fazemos, é decisiva a forma, como as ultrapassamos e por essa razão gostaria de mostrar aqui o meu sincero reconhecimento.

São inúmeras as pessoas a quem devo os meus sinceros agradecimentos, por se terem revelado cruciais ao longo deste percurso.

À Professora Doutora Clementina Sousa, pela orientação, pela disponibilidade e pela motivação.

Ao professor João Cainé pela colaboração e reforço positivo.

Aos enfermeiros que aceitaram participar no estudo, pela preciosa contribuição.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pelo incentivo e pela compreensão.

Ao António, pelo companheirismo e pela serenidade.

Ao João, pelas horas de brincadeira roubadas.

Ao António Pedro por alguma ansiedade que possa ter passado.

Aos meus pais, ao Sr. João e à Dona Madalena pelo apoio nas horas difíceis.

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract.....	
Agradecimentos	
Índice de Figuras	
Índice de Gráficos.....	
Índice de Tabelas	
Abreviaturas.....	
Siglas e Acrónimos.....	
Introdução	21
Capítulo I – A Pessoa com Doença Cardiovascular: uma Transição Saúde/Doença	25
1. A Doença Cardiovascular	27
2. Promoção da Saúde Cardiovascular: Gestão dos Fatores de Risco.....	31
3. A Intervenção de Enfermagem na Autogestão do Regime Terapêutico	49
Capítulo II – Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular: Construção de um Procedimento de Enfermagem	59
4. Justificação da Problemática	61
5. Metodologia de Projeto	65
5.1. Diagnóstico de Situação	66
5.2. Objetivos	81
5.3. Planeamento da ação	83
Atividade 1 – Criação e Validação do Procedimento de Enfermagem para a Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular.....	85

Atividade 2 – Criação de um Guia Orientador do Procedimento de Enfermagem para a Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular	103
Atividade 3 – Proposta de Indicadores de Qualidade na implementação do Procedimento de Enfermagem	105
Atividade 4 – Planeamento da Ação de Divulgação do PE à Equipa de Enfermagem do serviço de Cardiologia	109
5.4. Considerações Éticas	111
Conclusão	113
Bibliografia	117
Apêndices	
Apêndice A – Questionário de Diagnóstico de Situação	
Apêndice B – Convite aos Peritos	
Apêndice C – Consentimento Informado	
Apêndice D – Instrumento de Recolha de Dados: dados socioprofissionais	
Apêndice E – Instrumento de Recolha de Dados: Procedimento de Enfermagem	
Apêndice F – Instrumento de Recolha de Dados: 2ª Ronda	
Apêndice G – Versão de Consenso	
Apêndice H – Guia Orientador do Procedimento de Enfermagem	
Apêndice I – Pedidos de Autorização: Diretor Clínico e Enfermeiro Chefe do Serviço de Cardiologia	
Apêndice J – Pedido de Autorização: Presidente do Conselho de Administração	
Apêndice K – Pedido de Autorização: Presidente do Conselho de Ética	
Apêndice L – Declaração de Compromisso e Confidencialidade	
Apêndice M – Requerimento Comissão Ética	
Anexos	
Anexo I – Parecer Comissão de Ética	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho do estudo	82
------------------------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caraterização dos enfermeiros quanto ao sexo	70
Gráfico 2 - Caraterização dos enfermeiros quanto à experiência profissional	70
Gráfico 3 - Caraterização dos enfermeiros quanto à experiência profissional na área de cardiologia	71
Gráfico 4 - Caraterização dos enfermeiros quanto à formação especializada/pós-graduação	71
Gráfico 5 - A quem compete o acompanhamento da pessoa com doença cardiovascular ..	72
Gráfico 6 - Quem se encontra melhor preparado para capacitar a pessoa com doença cardiovascular	73
Gráfico 7 - Considera possível o acompanhamento à pessoa com doença cardiovascular, depois da alta, pelo enfermeiro	74
Gráfico 8 - Pessoas com doença cardiovascular com alta que desenvolver aprendizagem para gestão da sua saúde	74
Gráfico 9 - Práticas atuais vs. Necessidade de um procedimento de enfermagem	75
Gráfico 10 - Tempo de acompanhamento e número de contatos do procedimento de enfermagem	75
Gráfico 11 - Tipo de estratégia mais adequada	76
Gráfico 12 - Pessoas admitidas na UC em 2015 por sexo	77
Gráfico 13 - Pessoas internadas na UC em 2015 por idade	78
Gráfico 14 - Pessoas internadas na UC em 2015 por diagnóstico	78
Gráfico 15 - Pessoas internadas na UC em 2015 por presença de fatores de risco cardiovascular	79

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação de peso de acordo com IMC em adultos (OMS, 2000).....	43
Tabela 2 - Limites da TA para definição de HTA propostos pela Sociedades Europeias de Cardiologia e de Hipertensão (DGS, 2013).....	45
Tabela 3 - Análise SWOT do trabalho projeto	80
Tabela 4 - Critérios para determinar o grau de consenso	90
Tabela 5 - Evolução de painel de peritos por ronda	92
Tabela 6 - Caraterização do painel de peritos quanto ao sexo.....	92
Tabela 7 - Estatística descritiva da idade, da experiência profissional e da experiência profissional em cardiologia, em anos, do painel de peritos.....	92
Tabela 8 - Formação académica do painel de peritos.....	93
Tabela 9 - Avaliação inicial: concordância e graus de consenso	93
Tabela 10 - Focos de Enfermagem: concordância e graus de consenso.....	94
Tabela 11 - Intervenções de Enfermagem: concordância e graus de consenso.....	95
Tabela 12 - Resultados de Enfermagem: concordância e graus de consenso.....	97
Tabela 13 - Estratégias de Implementação: concordância e grau de consenso	98
Tabela 14 - Avaliação do PE: concordância e graus de consenso.....	98
Tabela 15- Itens que transitaram para a segunda ronda: concordância e graus de consenso	99
Tabela 16 – Proposta de indicadores de estrutura, processo e resultado para o PE	106

ABREVIATURAS

B	Baixo
E	Elevado
Ed.	Edição
Et al.	Et alii (e outros)
M	Moderado
ME	Muito Elevado
Nº.	Número
P.	Página
PE	Procedimento de Enfermagem
UC	Unidade Coronária
Vol.	Volume
1 ^a	Primeira
2 ^a	Segunda
3 ^a	Terceira

SIGLAS E ACRÓNIMOS

%	Por cento
AHA	American Heart Association
AI	Angina Instável
AVAI	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
AVC	Acidente Vascular Cerebral
C/ST	Com Supradesnivelamento Segmento ST
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSD	Cuidados de Saúde Diferenciados
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
ESS	Escola Superior de Saúde
FHS	Framingham Heart Study
HB	Hospital de Braga
HLD	Lipoproteína de Alta Densidade
HTA	Hipertensão Arterial
ICN	International Council of Nurses
ICP	Intervenção Coronária Percutânea
IIQ	Intervalo Interquartil
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPVC	Instituto Politécnico de Viana do Castelo
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
Md	Mediana
Mdn	Median

OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
S/ST	Sem Supradesnívelamento Segmento ST
SCA	Síndrome Coronário Agudo
SEC	Sociedade Europeia de Cardiologia
SEH	Sociedade Europeia de Hipertensão
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPH	Sociedade Portuguesa de Hipertensão
SWOT	Streghts, Weaknesses, Opportunities, Threats
TA	Tensão Arterial
TAD	Tensão Arterial Diastólica
TAS	Tensão Arterial Sistólica

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de hospitalização, diminuição da produtividade e de reforma antecipada, sendo responsáveis por um custo elevado nos cuidados de saúde (Rohlf's [et al.], 2004). Apesar de melhorias evidentes na prevenção e tratamento nas últimas décadas, estas representam a principal causa de morte em ambos os sexos (Rosamond [et al.], 2008) e cerca de 30% da mortalidade em Portugal (Direção Geral de Saúde [DGS], 2014). O seu impacto é tão grande que a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê o agravamento progressivo desta situação até 2025 (Macedo, 2007).

A prevenção da doença cardiovascular continua a ser um grande desafio, quer para a população em geral, quer para as políticas e para os profissionais de saúde (Perk [et al.], 2013). Apostar na prevenção tem de ser a grande prioridade, uma vez que as doenças cardiovasculares têm-se mostrado sensíveis a alterações nos fatores de risco cardiovascular, bem como ao aumento de intervenções dirigidas para a prevenção (Ferreira e Abreu, 2009). Neste sentido, Lopes [et al.], (2014) defende que atualmente, os serviços de saúde, para além das suas responsabilidades na prestação dos cuidados clínicos deverão, cada vez mais, orientar-se para a promoção e proteção da saúde.

Os cuidados de enfermagem ao tomarem por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procuram, ao longo de todo o ciclo vital, promover e proteger a saúde, quer prevenindo a doença, quer promovendo processos de readaptação, a satisfação de necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, através de processos de aprendizagem pró-ativos da pessoa (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2002).

Assim, pelo seu mandato social, os enfermeiros, e especialmente os especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, devem tornar-se significativos na ajuda às pessoas que vivenciam processos súbitos e complexos de doença cardiovascular, na promoção de habilidades cognitivas e comportamentais para a preservação da sua autonomia e controlo da doença. Nesta relação intencional age pela motivação, informação e validação da compreensão da doença, dos fatores de risco e da necessidade de adesão ao regime terapêutico instituído, envolvendo ativamente a pessoa e a sua família, criando ambientes de relação terapêutica efetiva.

O conceito de regime terapêutico é complexo dado que integra intervenções orientadas para a prevenção, manutenção ou recuperação da saúde (International Council of Nurses [ICN], 2011), o que coloca desafios às pessoas na sua integração fluída, bem como, na aquisição de mestria na sua gestão no dia-a-dia (Meleis, 2010). Engloba componentes farmacológicas e não farmacológicas, que podem coexistir e que têm por objetivo, a prevenção e ou tratamento da doença, a prevenção de complicações decorrentes da patologia, a preservação ou recuperação da autonomia nas atividades de autocuidado, o que implica capacitação individual ou do cuidador para a gestão do regime terapêutico.

A transição para a dependência no autocuidado e na gestão do regime terapêutico é um fator modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa, no qual os enfermeiros podem contribuir de forma significativa através da sua ação educativa, motivadora e de apoio, quer na capacitação para a gestão do autocuidado e manutenção da saúde, quer na qualidade dos processos de transição vividos pelas pessoas (Meleis, 2012).

A doença cardiovascular apela aos requisitos fundamentais da Teoria das Transições desenvolvida por Meleis, pela necessidade de a integrar no dia-a-dia, quer com alguma redução da energia para a consecução das atividades de autocuidado, quer com o desenvolvimento na gestão de um regime terapêutico orientado para o controlo da progressão da doença. As pessoas que subitamente são acometidas de doença cardiovascular aguda podem ter de introduzir alterações consideráveis no seu *modus vivendi* futuro, tanto para promover, manter a sua saúde ou prevenir novos episódios críticos, como devido às limitações derivadas das lesões da própria doença.

A reflexão e análise em torno destas questões e a nossa experiência profissional, num serviço de cardiologia de um hospital da região norte de Portugal, avolumaram a nossa inquietação sobre a necessidade de cuidados das pessoas com doença cardiovascular, incluindo a preparação do regresso a casa e o acompanhamento após alta hospitalar. A possibilidade de contribuir para a gestão mais eficaz do regime terapêutico destas pessoas foi a motivação para a realização deste trabalho.

Como refere Fortin (2009), a investigação e a prática profissional estão interligadas, pelo que muitos problemas de investigação surgem dos contextos profissionais.

Para a realização deste estudo, foi utilizada a metodologia de trabalho de projeto que se baseia no princípio da prática reflexiva que de forma sistemática visa a identificação de problemas e a sua resolução, com base na melhor evidência científica. Através dela,

adquirem-se capacidades e competências pessoais pela elaboração e concretização desse mesmo projeto, numa situação real. Esta metodologia preconiza uma série de etapas que passam pelo Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Avaliação e Divulgação dos Resultados (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Assim, foi efetuado um diagnóstico de situação sustentado nas nossas constatações e reflexões, entrevistas informais com elementos de referência do serviço, sendo complementado com um questionário aplicado aos enfermeiros do serviço de cardiologia.

Após esta fase formulámos os objetivos que orientam o plano de ação a desenvolver.

Neste pressuposto, os objetivos gerais deste trabalho de projeto visam elaborar e validar um procedimento de enfermagem para a gestão do regime terapêutico da pessoa com doença cardiovascular, complementado com um guia orientador, no sentido de contribuir para a intervenção do enfermeiro, mais sistematizada e contínua, de modo que seja visível na qualidade da gestão do regime terapêutico, por parte dos utentes.

Para a consecução do objetivo proposto recorreu-se à revisão da literatura sobre a temática, reflexão pessoal, colaboração da orientadora e de um perito estratégico e os resultados do questionário aplicado à equipa de um serviço de cardiologia, construindo-se a versão inicial de um instrumento composto por: avaliação inicial, focos de atenção considerados relevantes, intervenções e resultados de enfermagem, estratégias de implementação e de avaliação do procedimento. Posteriormente, esta versão inicial que foi sujeita ao julgamento de um painel de peritos, utilizando a técnica de Delphi. A análise de dados foi realizada com recurso a estatística descritiva, para obtenção do grau de concordância e nível de consenso dos peritos.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes. A primeira é referente ao enquadramento teórico que aborda a pessoa com doença cardiovascular sendo uma transição saúde/doença e a intervenção de enfermagem na promoção da saúde e na gestão do regime terapêutico. A segunda parte diz respeito à construção do procedimento de enfermagem, que inclui o percurso metodológico, com referência à problemática e metodologia de projeto, diagnóstico de situação, apresentando-se o desenho de estudo, resultados, discussão e planeamento de ações e às considerações éticas relacionadas com o presente estudo de investigação. Por fim, segue-se a conclusão na qual é efetuada uma síntese dos principais resultados com referência aos contributos para a prática, às limitações e propostas futuras.

CAPÍTULO I –

A PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR: UMA TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA

1. A DOENÇA CARDIOVASCULAR

De um modo geral, as doenças cardiovasculares referem-se a um conjunto de patologias que afetam o sistema circulatório, devendo ter-se em conta que dizem respeito essencialmente a dois grandes grupos: doença isquémica cardíaca, englobando diferentes formas de apresentação clínica, incluindo o enfarte agudo do miocárdio (EAM), e doença cerebrovascular, sendo a mais relevante, o acidente vascular cerebral (AVC), (DGS, 2015).

Do ponto de vista epidemiológico, representam a principal causa de morte em ambos os sexos (Rosamond [et al.], 2008), e a causa de morte mais importante em toda a Europa, não constituindo Portugal exceção. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016), em 2013 a taxa de mortalidade por doenças isquémicas do coração por 100 000 habitantes foi de 66,3. Apesar de melhorias evidentes nas últimas décadas, estas representam cerca de 30% da mortalidade em Portugal, (DGS, 2015). No entanto, como salienta a mesma fonte, pela primeira vez apresentam um valor inferior a 30%, cumprindo-se desta forma uma das metas definidas para este Programa Nacional.

Já em 1973, a OMS se referia ao impacto das doenças cardiovasculares, como a maior epidemia da humanidade, considerando que, nos anos vindouros resultaria na maior epidemia que a humanidade já conheceu, caso as pessoas, comunidades e profissionais de saúde não fossem capazes de inverter a tendência, havendo necessidade de concentrar a pesquisa nas suas causas e prevenção. As projeções desta organização internacional até 2025 são de agravamento progressivo desta situação (Macedo, 2007).

Prevê-se que dentro das próximas décadas a estimativa de anos de vida ajustados por incapacidades (AVAI) aumente de uma perda de 85 milhões em 1990 para uma perda global de aproximadamente 150 milhões em 2020, permanecendo como a principal causa física de perda de produtividade (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2007).

Constituindo uma das principais causas de hospitalização, são responsáveis por um custo elevado nos cuidados de saúde, de diminuição da produtividade e de reformas antecipadas (Rohlf [et al.], 2004).

Dentro da patologia cardiovascular, a doença das artérias é a que mais prevalece e está associada a elevadas taxas de mortalidade e morbilidade (Hamm [et al.], 2011).

A doença cardiovascular aterosclerótica, apesar de se manifestar de forma súbita, é uma doença crónica das artérias, que se desenvolve insidiosamente ao longo da vida e geralmente progride até um estado avançado na altura em que ocorrem os sintomas (Perk [et al.], 2013), ou desencadeia eventos súbitos, como o AVC e o EAM.

Segundo a Mello e Silva (2007), a aterosclerose é uma doença sistémica que se manifesta de uma maneira focal por razões ainda não totalmente esclarecidas. Caracteriza-se, do ponto de vista anatomopatológico por formação de placas de ateroma e por ser uma doença da parede arterial e não apenas do lúmen.

A aterosclerose coronária pode apresentar-se de diversas formas, manifestando-se, também, de diversos modos. Numa fase inicial, podemos ter um estado assintomático. Com a evolução a doença pode manifestar-se por quadro clínicos como a angina estável, angina instável (AI), cardiomiopatia isquémica crónica, insuficiência cardíaca congestiva, EAM, podendo culminar na paragem cardíaca súbita (Hamm [et al.], 2011; Boudi [et al.], 2015).

A angina estável é devida ao espessamento da placa de ateroma que conduz ao estreitamento do lúmen da artéria, em 50-70% do seu diâmetro, devido à expansão da doença aterosclerótica, resultando num défice de fluxo sanguíneo, em caso de aumento de atividade metabólica e necessidade de aporte de oxigénio. Quando há rutura de uma placa de aterosclerose que leva a formação de trombos, que obstrói parcialmente ou totalmente o fluxo sanguíneo da artéria envolvida, ou o fenómeno de tromboembolismo, entidade clínica distinta que pode ocorrer espontaneamente ou após uma grande cirurgia, resultam numa AI ou EAM (Boudi [et al.], 2015).

Assim, a doença coronária, usualmente, é precipitada por trombose, induzida por uma rutura ou erosão de uma placa de ateroma, como já referimos, com ou sem vasoconstrição, provocando uma súbita redução do fluxo sanguíneo (Hamm [et al.], 2011), com morbilidade crítica e alta mortalidade, exigindo cuidados emergentes (via verde coronária) e cuidados de estabilização e recuperação diferenciados.

Os fatores de risco da doença das artérias coronárias e das doenças cerebrovasculares são os fatores de risco da doença aterosclerótica (Hamm [et al.], 2011).

Perk e seus colaboradores (2013) classificam os fatores de risco para a doença cardiovascular em não modificáveis, que se associam ao aumento das doenças coronárias sem possibilidade de serem reduzidos, nomeadamente a genética (prevalência familiar de

doença cardiovascular prematura), a idade, o sexo e os fatores de risco psicossociais; e os modificáveis, que são fatores nos quais intervenções adequadas seguramente reduzem o risco de doença cardiovascular, nomeadamente, no uso do tabaco, na ingestão inadequada de alimentos, insuficiente atividade física, bem como, no controlo do peso corporal, da tensão arterial (TA), do stress, da diabetes mellitus e dos lípidos.

Já Boudi [et al.], (2015), classificam os fatores de risco em:

- Convencionais: idade (> 45 anos nos homens e > 55 anos nas mulheres); história familiar precoce de doença coronária (pai ou irmão com <55 anos e/ou mãe ou irmã com <65 anos diagnosticados com doença cardiovascular); raça (raça negra mais suscetível ao contrário da raça asiática);
- Modificáveis: colesterol elevado (especialmente a lipoproteína de baixa densidade (LDL); hipertensão arterial (HTA); tabagismo; diabetes mellitus; obesidade; síndrome metabólico, falta de atividade física, stress mental e depressão;
- Novos fatores de risco/não convencionais: proteína C reativa elevada; lipoproteína; homocisteína; pequenas partículas de LDL; fibrinogénio.
- Outros fatores como condições médicas que podem contribuir para a doença cardiovascular: a doença renal terminal; a doença inflamatória crónica (lúpus, artrite reumatoide) e o vírus da imunodeficiência humana.

Atualmente a prevenção das doenças cardiovasculares, conjunto de ações, a nível público e individual, que tem como objetivo a erradicação, eliminação ou minimização do impacto destas patologias e das limitações ou incapacidades que produzem na vida das pessoas, continua a ser o grande desafio, quer para a população em geral, quer para as políticas e os profissionais de saúde (Perk [et al.], 2013).

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR: GESTÃO DOS FATORES DE RISCO

Os sistemas de saúde, enquanto instrumentos sociais fundamentais na proteção à doença das populações que servem, são entidades abertas e sujeitas à realidade onde estão inseridas e à sua dinâmica evolutiva. Estes encontram-se inseridos num mundo onde cada vez mais a mudança acontece de forma mais frequente e rápida, exigindo uma postura de pró-atividade e flexibilidade de adaptação a um ambiente contingencial das formas organizacionais, sejam elas, de natureza política, social ou económica.

Neste contexto de complexidade global, os novos problemas inerentes aos processos de mudança interferem decisivamente nos sistemas de saúde, colocando-lhe novos reptos, moldando as suas características estruturantes (Lopes [et al.], 2014). Os serviços de saúde, na sua missão social, para além das responsabilidades na prestação dos cuidados clínicos deverão, cada vez mais, orientar-se para a promoção e proteção da saúde. A oferta de cuidados polarizada nas estruturas hospitalares deverá dar lugar à promoção da saúde e prevenção da doença, sendo necessária uma maior coordenação das atividades produtivas e a criação de valor para a pessoa. Esta conceção de prestação de cuidados de saúde leva à mudança de paradigma em que o próprio conceito básico de “prestação” tende a mudar de uma atuação centrada no antigo paradigma “tratamento da doença”, para uma nova lógica mais focalizada no “bem-estar geral da pessoa” (*ibidem*).

No desempenho da sua prática clínica, os enfermeiros, ao tomarem por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procuram, ao longo de todo o ciclo vital, promover e proteger a saúde e prevenir a doença, potenciando processos de readaptação, através da sua ação educativa e de aprendizagem da pessoa, de modo a satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a promover a máxima independência na realização das atividades da vida (OE; 2002).

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal do enfermeiro e da pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Esta relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, ambicionando a excelência do cuidar, de uma forma original e criativa (Benner, 2005).

2.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em 1984, a OMS identifica como áreas principais de intervenção em promoção da saúde, o acesso livre à saúde, excluindo qualquer fonte de desigualdade; o melhoramento do ambiente em que se insere a pessoa; o fortalecimento das redes sociais e de apoio; a promoção de estilos de vida saudáveis, através da aprendizagem de novos comportamentos e do desenvolvimento de estratégias de coping e, por último, o aumento do conhecimento e informação sobre a saúde.

Na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, implicando uma maior participação no controlo deste processo. É entendida como algo que abrange a educação para a saúde, a prevenção e reabilitação da doença. Pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação e da educação para a saúde, sendo fulcral habilitar as populações e as pessoas, em particular, no sentido de controlarem suas vidas (OMS, 1986).

Desta forma, intervir em promoção da saúde significa construir políticas saudáveis, criar ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde (ibidem).

A Carta de Bangkok redigida após a 6ª Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde num mundo globalizado, parte dos valores, princípios e estratégias de intervenção estabelecidas na Carta de Otawa, complementando-a. Com a promoção da saúde, surge a noção da “saúde como um recurso, e não como um fim em si mesmo, e de esta ser um “empreendimento coletivo”, pelo que as políticas e as parcerias que visam empoderar as comunidades, melhorar a saúde e a equidade na saúde, deveriam ser incluídas e prioritárias nos projetos de desenvolvimento global e a nível de cada país (OMS, 2005).

Os enfermeiros têm construído a sua história enquanto educadores para a saúde. Os enunciados descritivos da OE aclaram o mandato social da profissão no que concerne à ação educativa na dimensão da promoção da saúde e da adaptação aos problemas de saúde, afirmando que na procura contínua da excelência do seu cuidado, o enfermeiro ajuda os utentes, famílias e comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde. Face à promoção da saúde, são elementos importantes entre outros:

“A identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade;

A criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;

A promoção da readaptação do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e de desenvolvimento;

O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (OE, 2002, p.14).

Na promoção da readaptação funcional, desenvolve processo eficazes de adaptação aos problemas de saúde, juntamente com o utente, sendo componentes importantes:

“A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem;

O planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as suas necessidades e os recursos da comunidade;

O máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade;

A otimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito;

O ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional” (OE, 2002, p. 17).

O enfermeiro ao disponibilizar informação, oferece formas de ser, assim como novas perspetivas à pessoa, graças ao saber que decorre do conhecimento atualizado de uma boa prática de enfermagem (Benner, 2005), tendo por finalidade maximizar o bem-estar e promover o autocuidado possível (OE, 2002).

De acordo com o Decreto-lei nº 161/96, de 4 de setembro, com as alterações introduzida pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 abril, capítulo II, artigo 4º, também o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1998), postula que a enfermagem tem como missão prestar cuidados à pessoa sã ou doente, durante o seu ciclo de vida, bem como à comunidade em que está inserida, de modo a manterem, melhorarem ou recuperarem o

mais possível a sua saúde, ajudando-os a atingir a máxima autonomia, o mais rapidamente possível.

Os cuidados de enfermagem têm por foco de atenção a pessoa e a família, com vista a estabelecer uma parceria, o que implica que o enfermeiro promova o autocuidado, fornecendo informação terapêutica, potencializando a capacidade das pessoas, ou a sua consciencialização e utilização dessas capacidades, adequando a sua ação às capacidades e necessidades das mesmas. Esta parceria é efetuada através de um processo de interação, no qual o enfermeiro atua com agente facilitador (Silva, 2007).

Segundo Phaneuf (2001), o ensino à pessoa não é uma escolha livre dos enfermeiros, mas antes uma obrigação profissional ligada à qualidade e à responsabilidade de cuidados.

O processo de ensinar/educar tem subjacente outro processo que é aprender. Segundo Redman (2003), aprender é mais eficaz quando as pessoas estão prontas para aprender.

Pires (2002) refere que o conceito de aprendizagem pressupõe uma visão do desenvolvimento da pessoa, tanto ao nível da aquisição de conhecimentos, como de capacidades pessoais, sociais, profissionais, cívicas e éticas através de um processo de construção da pessoa que agrega dimensões cognitivas e comportamentais.

Na perspetiva do mesmo autor, educação para a saúde também é um processo, sendo que na fase de avaliação é determinada a natureza da necessidade, assim como a motivação para aprender e as metas a atingir, estabelecidas em parceria.

Na perspetiva da OMS (2004), o profissional para educar para a saúde deve ter em conta: i) a necessidade da pessoa conhecer e adquirir uma compreensão de si mesma e entender as suas necessidades, motivações, interesses, capacidades e objetivos; ii) autoconceito daquele que aprende; iii) a experiência daquele que aprende; iv) a disposição para aprender; v) a motivação para aprender.

A Carta de Ottawa estabelece como estratégia, para trabalhar no campo da promoção da saúde, a capacitação da pessoa e das comunidades de modo a conhecerem e controlarem os fatores determinantes da saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, bem como, oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes. Assim, promoção da saúde é o processo que permite capacitar as pessoas para melhorar e aumentar o controlo sobre a sua saúde e seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais (OMS, 1986).

2.2. GESTÃO DOS FATORES DE RISCO

Como vimos referindo a OMS vai alertando sobre a abrangência e implicações pessoais e sociais da doença coronária. No entanto, esta pandemia tem mostrado ser sensível a alterações nos fatores de risco cardiovascular, como ao aumento de intervenções dirigidas para a prevenção e tratamento.

Segundo Mirzaei [et al.], (2009), a dinâmica da epidemia tem apresentado um padrão, magnitude e tempos muito variáveis, em diferentes partes do mundo. Entre os anos 70 e 90, por exemplo, em muitos países europeus verificou-se uma diminuição na mortalidade por doença cardiovascular ajustada à idade, sendo a diminuição mais precoce e mais acentuada nos países mais prósperos, ilustrando o potencial para a prevenção das mortes prematura e para o prolongamento da esperança de vida saudável.

Ao longo dos anos, vários estudos foram desenvolvidos no sentido de perceber a importância do controlo dos fatores de risco e da melhoria dos tratamentos na prevenção da doença cardiovascular.

Estudos como MONICA, desenvolvido nas décadas de 80 e 90, mostram que tanto a prevenção dos fatores de risco, como o tratamento dos eventos cardiovasculares influenciam a mortalidade (Tunstall-Pedoe, 2003).

Outro estudo como o IMPACT demonstrou, resultados consistentes na influência dos fatores de risco e da melhoria dos tratamentos na redução da mortalidade por doença cardiovascular. Segundo este estudo a redução nos principais fatores de risco (tabagismo, HTA e colesterol) foram responsáveis por mais de metade da diminuição de mortes por doença coronária. À melhoria dos tratamentos foi atribuída aproximadamente 40% da diminuição da taxa de mortalidade por doença coronária (Ford [et al.], 2007).

Resultados de ensaios clínicos e outras experiências também demonstraram que a diminuição da mortalidade por doença coronária pode acontecer rapidamente após alterações individuais ou a nível populacional na dieta ou hábitos tabágicos (Capewell e O'Flaherty, 2011).

Todos estes estudos parecem demonstrar que a prevenção da doença cardiovascular compensa em ganhos em saúde. No entanto, na interpretação da melhor resposta da

dinâmica da doença cardiovascular, alguns autores acreditam na maior influência da melhoria do tratamento e do seu uso com base na evidência, enquanto outros acreditam na melhoria do controlo dos principais fatores de risco (Fichtenberg e Glantz, 2000).

Também a OMS em 2002, com base no conhecimento disponível, referia que a doença cardiovascular está fortemente relacionada com os estilos de vida, sendo que mais de três quartos da mortalidade global devido a doença cardiovascular podem ser prevenidos por alterações adequadas no estilo de vida (Ferreira e Abreu, 2009).

Na mesma linha Ferreira e Abreu (2009), acreditam que a doença cardiovascular pode ser prevenida. Segundo estes autores, uma redução ligeira da HTA, consumo de tabaco, dislipidemia e obesidade pode fazer cair a incidência de doença cardiovascular para menos de metade. Assim, a prevenção primária e secundária torna-se fundamental na luta contra a doença cardiovascular e suas complicações.

Os fatores de risco implicados na doença cardiovascular só foram formalmente definidos, no início dos anos 60, com o Framingham Heart Study (FHS), (Boudi [et al.], 2015). O FHS introduziu o termo fator de risco cardiovascular, no conceito de que se trata de um parâmetro que é preditor de um evento cardiovascular num dado indivíduo, no futuro. Usando os fatores de risco tradicionais como, idade, sexo, história familiar de doença coronária prematura, colesterol total ou colesterol-LDL elevado, colesterol-HDL baixo, tabagismo, HTA, diabetes, obesidade, sedentarismo, foi proposto o score de Framingham que avalia o risco de um indivíduo ter um evento coronário nos próximos 10 anos. Estas tabelas de avaliação foram desenvolvidas para avaliar o risco em indivíduos assintomáticos. Nesta avaliação se já há manifestações de doença coronária, aterosclerose arterial dos membros inferiores, das carótidas ou da aorta, se são diabéticos ou têm doença renal crónica, são indivíduos de alto risco, pelo que não fará sentido avaliar o risco.

Quando falamos em prevenção da doença cardiovascular, Geoffrey Rose introduziu há várias décadas duas abordagens: a estratégia populacional e a estratégia de alto risco (Rose, 2001). A estratégia populacional tem como objetivo reduzir a incidência de doença cardiovascular ao nível da população através de mudanças no ambiente e estilos de vida, tendo como alvo, toda a população. Esta vertente desenvolve-se através de diretrizes e intervenções na comunidade (proibição de fumar em recintos fechados ou redução do conteúdo de sal no pão). Na estratégia de alto risco, as medidas têm como objetivo, a redução dos níveis dos fatores de risco mais elevado, como os que têm doença

cardiovascular. Apesar das vantagens e desvantagens de ambas, é consensual que se obtém o máximo efeito quando as duas estratégias são combinadas.

Idealmente a prevenção da doença cardiovascular deveria ser iniciada na gravidez e manter-se até ao fim da vida. Na prática, os esforços preventivos situam-se tipicamente concentrados em homens e mulheres de meia-idade ou mais velhos com doença cardiovascular conhecida ou naqueles com alto risco de desenvolver um primeiro evento cardiovascular (Perk [et al.], 2013). O mesmo autor também afirma que os indivíduos com doença cardiovascular conhecida já têm um risco muito elevado de eventos futuros pelo que necessitam de uma intervenção imediata.

Falando em prevenção, as recentes recomendações da American Heart Association (AHA) e do American College of Cardiology - 2011, para a Prevenção Secundária e Terapêutica de Redução do Risco em doente com Doença Coronária e outras Doenças Vasculares Ateroscleróticas, são semelhantes às expressas nas Recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC) para a Prevenção Cardiovascular na Prática Clínica – 2012, e aplicam-se as pessoas com doença aterosclerótica clínica (Perdigão, 2013).

De uma forma sucinta, as recomendações emanadas pela SEC para a Prevenção Cardiovascular na Prática Clínica (Perk [et al.], 2013) são: abolir o consumo do tabaco de forma ativa e persistente; manter uma TA inferior a 140/90 mmHg ou inferior a 130/80 mmHg nas pessoas diabéticas ou com doença renal crónica, promovendo um baixo consumo de sal, uma alimentação saudável, prática de exercício físico e com terapêutica se necessário; manter um colesterol LDL inferior a 100mg/dl, se os triglicéridos são superiores a 200 mg/dl, manter o colesterol não HDL (colesterol total – colesterol-HDL) inferior a 130 mg/dl, manter um índice de massa corporal (IMC) entre os 18,5 e os 25 Kg/m², com um perímetro da cintura inferior a 94 cm no homem e a 80 cm na mulher.

Desta forma, passaremos, de modo sucinto, a abordar as recomendações para a prevenção dos fatores de riscos modificáveis apresentado por Perk e os seus colaboradores (2013).

Tabagismo

A modificação do comportamento dos fumadores é considerada uma pedra angular da melhoria da saúde cardiovascular. Algumas estratégias populacionais têm sido implementadas em Portugal, como a proibição de fumar, as taxas do tabaco, as campanhas dos média, importantes para a perceção da população do efeito negativo do tabaco.

Se no passado o tabagismo era um hábito maioritariamente de homens, nos últimos anos as mulheres alcançaram ou até ultrapassaram o nível de tabagismo dos homens em várias regiões, sabendo-se que o risco associado ao tabagismo é superior nas mulheres, devido ao metabolismo da nicotina ser mais rapidamente processado nas mesmas, especialmente se associado aos contraceptivos orais (Mucha [et al.], 2006).

A literatura é prodiga quanto aos efeitos do uso de tabaco, referindo que todo o tipo de tabagismo é nocivo, independentemente da sua quantidade, tipo ou maneira como é fumado. O tabaco aumenta tanto o desenvolvimento da aterosclerose como a ocorrência sobreposta de fenómenos trombóticos (Perk [et al.], 2013).

Os benefícios da cessação tabágica têm sido extensivamente relatados, sendo que algumas vantagens são quase imediatas e outras mais morosas. Uma revisão sistemática levada a cabo Critchley e Capewell (2012) e uma meta análise de vinte estudos demonstram que deixar de fumar depois de um EAM é potencialmente a mais eficaz de todas as medidas preventivas. Segundo os mesmos autores, a redução tabágica não mostrou aumentar a probabilidade de uma futura cessação tabágica, nem deve ser recomendada como alternativa à cessação tabágica, com intuito de diminuir os sintomas da abstinência da nicotina. Desta forma, a cessação tabágica deve ser recomendada em todos os fumadores, não existindo um limite de idade para os benefícios da cessação tabágica.

Pela dependência física e psicológica que o tabaco provoca, deixar de fumar pode ser extremamente difícil. O preditor mais importante do sucesso da cessação tabágica é a motivação, que pode ser aumentada pelo acompanhamento de um profissional. A motivação para a cessação tabágica após o diagnóstico de doença cardiovascular e em conjunto com um tratamento invasivo, é particularmente forte, pelo que deve ser aproveitada (Perk [et al.], 2013).

A taxa de sucesso de cessação tabágica aumenta quando o processo é iniciado em internamento hospitalar e continua por um período prolongado após alta (Rigotti [et al.], 2008). Torna-se importante uma correta história de hábitos tabágicos que inclua o consumo diário de tabaco e o grau de dependência de modo a guiar o grau de apoio e tratamento farmacológico.

O teste de Fagerstörn pode ser útil para avaliar o grau de dependência. Este teste encontra-se validado linguisticamente e psicometricamente para a população portuguesa e baseia-se em seis questões, onde de acordo com a resposta tem uma determinada pontuação. O total

dos pontos permite de uma forma simples e rápida fazer uma autoavaliação. Este questionário servirá, para quem quer deixar de fumar, avaliar o quanto depende da nicotina, para quem faz o tratamento, permite um acompanhamento mais personalizado. A maioria das pessoas deixam de fumar sem ajuda, no entanto, o recurso à medicação pode ser necessário.

No caso de o fumador se mostrar pouco motivado ou recetivo à ideia de parar de fumar, o profissional de saúde, designadamente, o enfermeiro, pode tentar reforçar a motivação mediante uma abordagem estruturada em função dos chamados “5 Rs” (Fiore [et al.], 2010).

- 1.º R – Relevância dos benefícios: encorajar o fumador a descrever em que medida o abandono do tabaco pode ser benéfico para o próprio e para a sua família. Pode ser útil listar os benefícios para si e para terceiros.
- 2.º R – Riscos em continuar: pedir ao fumador que identifique as potenciais consequências negativas do uso do tabaco, dando maior ênfase aos riscos que parecem mais relevantes, a curto e a longo prazo. Pode ser útil listar os riscos para si e para terceiros.
- 3.º R – Recompensas: pedir ao fumador que identifique os potenciais benefícios de parar de fumar, reforçando os mais importantes, em particular para a sua saúde.
- 4.º R – Resistências: solicitar ao fumador que identifique as barreiras ou obstáculos que possam comprometer a decisão de parar ou o seu sucesso, como, por exemplo, o medo de falhar ou o receio dos sintomas de privação.
- 5.º R – Repetição: a intervenção deve ser repetida sempre que o fumador não motivado se apresente ao profissional de saúde. Este deve estar atento à ocorrência de momentos de maior sensibilidade à mudança, tais como o diagnóstico de patologia grave que ponha a vida em perigo, ou um diagnóstico de gravidez.

Em fumadores resistentes ou ambivalentes, o profissional de saúde deve recorrer a uma abordagem motivacional breve, mostrando empatia, utilizando perguntas abertas e uma atitude de escuta reflexiva, de modo a evitar situações de oposição e confronto direto, num processo interativo que crie condições para que o fumador tome consciência não só das suas ambivalências, mas também das suas capacidades e necessidades para empreender a mudança (Perk [et al.], 2013).

Os objetivos da entrevista motivacional são os seguintes: aumentar a consciência do problema (sentido de importância do problema e necessidade de mudar); explorar e ajudar a resolver a ambivalência; ajudar a ultrapassar os obstáculos - reforçar a autoeficácia; apoiar o processo de tomada de decisão para a mudança (Nunes [et al.], 2007).

Na cessação tabágica o apoio farmacológico pode ser necessário e o fumador deve ser avisado do ganho de peso (cerca de 5 kg) e o apoio do cônjuge e família é muito importante.

Nutrição

Sabe-se que os hábitos dietéticos influenciam o risco cardiovascular, quer por efeito sobre os fatores de risco como o colesterol, HTA, peso corporal e diabetes, quer por um efeito independente desses fatores de risco (Perk [et al.], 2013).

Uma análise recente dos estudos ONTARGET e TRANSCEND, que envolveu 31536 pessoas de alto risco de 40 países verificou que uma alimentação saudável em adição ao efeito protetor dos fármacos reduzia significativamente o risco de eventos cardíacos, quando comparados com uma alimentação não saudável (Perdigão, 2013).

O aporte energético deve ser limitado à quantidade de energia para manter (ou obter) um peso saudável, ou seja, IMC <25kg/m².

Krauss [et al.] (2000) apresenta as seguintes recomendações alimentares em prevenção cardiovascular:

- Reduzir a ingestão calórica, nomeadamente à custa da não ingestão de açúcares.
- Consumir frutas variadas, vegetais, frutos secos, produtos de soja, produtos pobres em gorduras, cereais, pastas e pão integrais.
- Comer peixe pelo menos duas vezes por semana.
- Consumir óleos e margarinas com baixo conteúdo de gorduras saturadas e ricas em ácidos gordos ómega 3.
- Reduzir o consumo de gorduras saturadas e trans, tais como carnes vermelhas, os enchidos, o leite completo e as carnes processadas.
- Limitar o consumo de álcool a duas bebidas por dia no homem e a uma bebida por dia na mulher.
- Consumir menos de 6 gramas de sal (2400 mg de sódio) por dia.

Perk e os seus colaboradores (2013) referem que os nutrientes de interesse no que diz respeito à doença cardiovascular são os ácidos gordos, os minerais, as vitaminas e as fibras.

Na prevenção, a composição em ácidos gordos da dieta é mais importante que o conteúdo lipídico total. Desta forma os ácidos gordos saturados devem corresponder a menos de 10% do aporte energético total, sendo substituído por ácidos gordos polinsaturados. Os ácidos gordos trans, encontrados na margarina e em produtos de padaria, devem ser tão pouco ingeridos quanto possível. Preferencialmente não devem ter nenhum aporte de comida processada, e menos de 1% da energia total como proveniência de energia animal.

Quando falamos em minerais, os efeitos do aporte de sódio sobre a TA está bem estabelecido. Na maioria dos países ocidentais o consumo de sal é elevado (9/10 g/dia), enquanto a quantidade máxima recomendada é de 5g/dia, sendo que os níveis de consumo ótimo podem ser tão baixos como 3g/dia.

O potássio é outro mineral que afeta a TA. As principais fontes de potássio são as frutas e vegetais, sendo que um consumo maior destes demonstra reduzir a TA.

Relativo às vitaminas, o seu efeito protetor foi atribuído às suas propriedades antioxidantes (vitaminas A e E) e ao seu potencial de redução dos níveis de homocisteína sérica, fator de risco cardiovascular (vitaminas do complexo B).

Por sua vez, as fibras não têm o seu mecanismo completamente esclarecido, no entanto, sabe-se que um elevado consumo de fibras reduz as repostas glicémicas pós-prandiais após refeições ricas em hidratos de carbono, e diminui os níveis de colesterol total e LDL.

Falando em alimentos e grupos alimentares, Perk [et al.], (2013), recomendam:

- A ingestão de pelo menos 200g de fruta (2-3 porções) e 200g de vegetais (2-3 porções) por dia.
- A ingestão de pelo menos duas vezes por semana de peixe, sendo uma das quais peixe rico em ácidos gordos.
- O consumo de álcool seja limitado num máximo de um copo/dia para as mulheres (10g/dia) ou dois copos dia para os homens (20g/dia). O vinho tinto parece ter um efeito mais favorável devido aos polifenóis.
- Eliminar o consumo de refrigerantes açucarados, que foi associado ao excesso de peso e diabetes tipo 2.

O mesmo autor refere que mais do que falar em nutrientes individuais deve-se falar em padrões dietéticos. O conceito da dieta Mediterrânica que abrange muitos alimentos e nutrientes anteriormente falados: um grande consumo de legumes, vegetais, frutas, produtos integrais, peixe e ácidos gordos insaturados, um consumo moderado de álcool e um baixo consumo de carnes vermelhas, laticínios e ácidos saturados, demonstra um efeito protetor em inúmeros estudos.

Sabendo que as mudanças dietéticas deveriam ser a base para a prevenção da doença cardiovascular, o grande desafio prende-se em tornar estas recomendações atrativas para fazerem as pessoas mudarem seus hábitos alimentares.

Atividade física

Um estilo de vida sedentário é um dos principais fatores de risco da doença cardiovascular (Warren, 2010). A atividade física regular e a prática de exercício aeróbico estão relacionadas com um risco reduzido de eventos coronários fatais e não fatais em indivíduos saudáveis, indivíduos com fatores de risco cardiovascular e doentes cardíacos num grande intervalo etário (Perk [et al.], 2013).

As recomendações associadas à prática de exercício físico, com classe de recomendação I e nível de evidência A, apresentada por Perk e seus colaboradores (2013) são:

- Os adultos saudáveis de todas as idades devem despende 2,5-5 horas por semana em atividade física ou na prática de exercício aeróbico, pelo menos com intensidade moderada, ou 1-2,5 horas por semana em exercício vigoroso e intenso. Os indivíduos sedentários devem ser fortemente encorajados a iniciar programas de exercício de intensidade ligeira.
- Os doentes com EAM, *bypass* coronário ou intervenção coronária percutânea prévios, angina estável ou insuficiência cardíaca crónica estável devem praticar exercício aeróbico de intensidade moderada a intensa três ou mais vezes por semana e 30 minutos por sessão. Os indivíduos sedentários devem ser fortemente encorajados a iniciar programas de exercício físico de intensidade ligeira, após estratificação adequada do risco relacionado com o exercício.

Os exemplos de atividade física/prática de exercício aeróbico podem ser atividades relacionadas com o desporto como marcha, corrida, bicicleta, remo, nadar, aeróbica ou

atividades comuns como andar rápido, subir escadas, fazer mais trabalho domésticos e jardinagem ou participar em atividades físicas recreativas.

Peso corporal

A obesidade está a tornar-se uma epidemia mundial tanto em crianças como em adultos (Poirier, 2006). O aumento progressivo do problema da obesidade nas últimas décadas, constitui um reflexo dos hábitos nocivos adotados, como o sedentarismo e o regime alimentar calórico, que caracterizam os estilos de vida das sociedades modernas.

Tanto o peso como a obesidade estão associados a um risco de morte por doença cardiovascular. Os efeitos na saúde do aumento de peso são: aumento da resistência à insulina, aumento da TA, aumento da inflamação sistémica e estado pro-trombótico, albuminúria, dislipidemia e anomalias cardiovasculares e cerebrovasculares (Perk [et al.], 2013).

O IMC, [peso (Kg)/comprimento (m)²] tem sido extremamente utilizado para categorizar o peso corporal, sendo que nos adultos o excesso de peso é definido por IMC entre 25 e 29,9 kg/m² e a obesidade por IMC ≥ 30 kg/m² (tabela 1).

Tabela 1 - Classificação de peso de acordo com IMC em adultos (OMS, 2000)

Adultos (> 18 anos de idade)	IMC (kg/m²)
Baixo peso	<18,5
Normal	18,5-24,9
Excesso de peso	25-29,9
Obesidade	≥ 30
Classe 1	30-34,9
Classe 2	35-39,9
Classe 3	≥ 40

Atualmente foi posta a hipótese da distribuição regional do tecido adiposo ser mais importante para a determinação do risco cardiovascular, levando a um aumento de interesse por medidas antropométricas de risco e de distribuição mais precisa entre a

gordura e a massa magra (Perk [et al.], 2013). Isto porque sabe-se que um dos componentes da gordura abdominal, o tecido adiposo visceral, é um órgão metabolicamente ativo capaz de sintetizar e libertar para a circulação uma variedade de compostos que podem ter um papel na homeostase cardiovascular, tendo impacto nos fatores de risco cardiovascular e no risco cardiovascular (Haslam e James, 2005). O melhor local para a medição do perímetro da cintura é a linha entre a margem da costela inferior e a crista ilíaca antero-superior na posição em pé. Os limites para o perímetro da cintura mais aceites na Europa, são os propostos pela OMS (1998) e pressupõem dois níveis de ação:

- Nível de ação I – perímetro de circunferência ≥ 94 cm nos homens e ≥ 80 cm nas mulheres representa o limite acima do qual não se deve ganhar mais peso.
- Nível de ação II - perímetro de circunferência ≥ 102 cm nos homens e ≥ 88 cm nas mulheres representa o limite em que deve ser aconselhado perda de peso.

No entanto, não parece existir uma evidência forte para que as medições da cintura devam substituir o IMC por rotina numa vigilância de saúde pública ou na prática clínica (Perk [et al.], 2013).

As principais terapêuticas para o excesso de peso e obesidade continuam a ser a dieta, o exercício físico e as mudanças comportamentais.

Tensão Arterial

A TA resulta do diferencial entre força de contração cardíaca (sístole) e a resistência vascular periférica (Perk [et al.], 2013). A HTA ocorre quando esta pressão se encontra elevada de forma crónica.

A HTA é um importante fator de risco cardiovascular e é causa de um elevado número de mortes e de incapacidade por doença das artérias coronárias. Segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), a prevalência da HTA em Portugal é de 42,2% na população adulta (Nogueira, 2014).

Os indivíduos com uma TA elevada têm habitualmente outros fatores de risco para as doenças cardiovasculares e lesões de órgãos alvos. Uma vez que os fatores de risco podem interagir, o risco global das pessoas hipertensas é elevado mesmo que o aumento da TA seja ligeiro ou moderado (Perk et al., 2013).

O diagnóstico de HTA define-se, em avaliação de consultório, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da tensão arterial sistólica (TAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou da tensão arterial diastólica (TAD) igual ou superior a 90 mmHg (DGS, 2013).

A HTA é definida pelos valores > 140 mmHg de TAS e/ou > 90 mmHg da TAD com base nas evidências dos estudos clínicos controlados e aleatorizados que, em pessoas com estes valores de TA, se demonstrou que a redução da TA induzida pelo tratamento é benéfica (Nogueira, 2014; DGS, 2013).

Os valores da TA tanto em ambulatório como em casa estão fortemente relacionados com o prognóstico (Mancia, 2006). A maior vantagem da monitorização da TA fora do consultório é que ela fornece um grande número de medições da TA fora do ambiente médico, o que representa uma avaliação mais fidedigna da TA real do que a TA do consultório (Nogueira, 2014).

Os limites da pressão arterial para a definição de HTA variam em função da sua monitorização (tabela 2).

Tabela 2 - Limites da TA para definição de HTA propostos pela Sociedades Europeias de Cardiologia e de Hipertensão (DGS, 2013)

	TAS (mmHg)	TAD (mmHg)
Consultório ou clínica	140	90
24 Horas	125-130	80
Dia	130-135	85
Noite	120	70
Casa	130-135	85

As mudanças adequadas do estilo de vida são fundamentais para a prevenção e tratamento da HTA, embora nunca devam atrasar o início de tratamento farmacológico em pessoas com um nível de risco elevado (Perk [et al.], 2013).

As medidas de estilo de vida recomendadas e que mostraram ser capazes de reduzir a TA passam pela restrição de sal para menos de 5g/dia, a moderação do consumo de álcool para

não mais de 20g/dia no homem e 10g/dia na mulher, o elevado consumo de legumes e frutas (cerca de 400g/dia, +/- 4-6 porções), dietas com baixo teor de gordura e outros tipos de dieta, a redução de peso e respetiva manutenção e o exercício físico regular. Além disso, a insistência na interrupção do hábito de fumar é obrigatória (Dickinson, 2006).

Diabetes Mellitus

A doença cardiovascular é a principal causa de mortalidade e morbilidade em pessoas com diabetes mellitus. Apesar dos estudos demonstrarem relação entre os níveis aumentados de glicemia e eventos cardíacos, existe pouca evidência no que diz respeito a um objetivo específico de controlo glicémico que possa reduzir a frequência de endpoints cardiovasculares (Perk [et al.], 2013).

A prevenção da doença cardiovascular em pessoas com diabetes mellitus pode ser mais difícil, uma vez que muitos dos alvos terapêuticos para os fatores de risco são mais difíceis de atingir.

Segundo Perk e os seus colaboradores (2013), para a prevenção da doença cardiovascular na diabetes recomenda-se:

- Uma HbA_{1c} alvo <7,0% (<53 mmol/mol).
- Uma TA <140/80 mmHg.
- A hipoglicemia e o ganho de peso devem ser evitados.
- O uso de estatinas para a redução do risco cardiovascular.

Lípidos

Inúmeros estudos demonstram o papel fundamental da dislipidemia, especialmente da hipercolesterolemia, no desenvolvimento da doença cardiovascular. No plasma, os lípidos como o colesterol estão ligados a várias proteínas formando lipoproteínas. As lipoproteínas de alta densidade (HDL) não causam aterosclerose, pelo contrário possuem propriedade antiaterogénicas. Em contraste, as LDL são aterogénicas (Perk [et al.], 2013).

As recomendações emanadas por Perk e seus colaboradores (2013) sobre o controlo da hiperlipidemia são:

- Valores alvo recomendados <5mmol/L (menos de ~190 mg/dL) para o colesterol total plasmático e <3 mmol/L (menos de ~115 mg/dL) para o colesterol LDL em indivíduos de baixo ou moderado risco.

- Para as pessoas com risco elevado de doença cardiovascular é recomendado um valor alvo de colesterol LDL $<2,5$ mmol/L (menos de ~ 100 mg/dL).
- Em pessoas com risco de doença cardiovascular muito elevado, o valor alvo de colesterol LDL recomendado é $<1,80$ mmol/L (menos de ~ 70 mg/ ou, uma redução do colesterol LDL $\geq 50\%$, quando o valor alvo não se consegue atingir).

As estratégias de intervenção em função do risco cardiovascular global e do nível de colesterol das LDL passam por intervenção no estilo de vida e eventualmente fármacos.

3. A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA AUTOGESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Com o avanço tecnológico e do conhecimento na área da saúde, temos cada vez mais pessoas sobreviverem com doença crónica (OE, 2011). Esta realidade afeta de forma direta as políticas sociais e económicas, uma vez que temos uma diminuição da população ativa e consequente aumento nos custos com a saúde.

Petronilho (2012) menciona que as políticas de saúde procuram, cada vez mais, capacitar a pessoa para gerir com maior eficácia os processos saúde/doença, responsabilizando-a para cuidar de si em relação às atividades de vida diárias, na procura de comportamentos definidos com a ajuda de profissionais de saúde.

Abreu (2008) concorda com o autor ao referir que se colocam desafios aos profissionais de saúde ao lidarem com doentes a vivenciarem processos de transição, nomeadamente de desenvolverem intervenções apropriadas ao seu estado de saúde, sendo que na opinião de Meleis [et al.], (2010), os enfermeiros podem influenciar processos de transição se a sua prática de cuidar se centrar na pessoa e nas suas necessidades reais.

3.1. PROCESSO DE TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA

A doença cardiovascular, pelas suas idiossincrasias, coloca desafios às competências de autocuidado às pessoas. Estes desafios tornam-se mais complexos com a progressão da doença, exigindo à pessoa a perceção da necessidade de implementar “mudanças” duradouras no quotidiano. Estas “mudanças” são mais do que simples alterações, porque exigem a incorporação de novos conhecimentos, novos comportamentos, alterações no padrão de relações sócio/familiares e profissionais, das expectativas e/ou habilidades e a gestão das emoções. Estes desafios, que implicam mais do que uma simples substituição de alguma coisa por outra, que ocorrem durante um período de tempo e que têm um sentido e um movimento para atingir um objetivo, denominam-se por transições (Meleis,2010). Segundo a mesma autora, uma transição é sempre o resultado da interação entre a pessoa, ambiente, condição de saúde e significados, podendo ou não, resultar em mudanças no quotidiano, na saúde, nas relações e no meio ambiente.

Na Teoria das Transições (Meleis, 2012) podemos reconhecer a existência de três pedras basilares: a natureza da transição, as condições de transição e os padrões de resposta.

Na natureza da transição (Schumacher & Meleis, 2010; Meleis, 2012), podemos identificar: quatro tipos de transições particulares, nomeadamente, as de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais. Focar-nos-emos nas transições de saúde-doença, que incluem as mudanças súbitas de papel que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica. Confronto este que poderá ser vivenciado por pessoas que desenvolvem uma patologia do foro cardiovascular.

Chick e Meleis (1986) consideram que, apesar de se identificar um conjunto de diferentes tipos de transições, é visível a existência de alguns aspetos comuns dentro da complexidade e multidimensionalidade destas experiências, os quais se denominam por propriedades das transições. Definiram assim, o conhecimento/ consciência, o ajustamento/compromisso, a mudança e diferença, eventos e acontecimentos críticos e o período de experiência.

O conhecimento/ consciência encontra-se relacionado com a consciencialização da pessoa sobre a experiência que se encontra a vivenciar. A consciencialização é considerada uma propriedade chave do todo o processo, na medida em que está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição. O nível de consciencialização reflete-se no grau de congruência entre o que se sabe sobre o processo, as respostas e as perceções dos indivíduos a lidar com transições similares. Desta forma é, então, esperado que apresente ou desenvolva conhecimento sobre as alterações que ocorrem e que está a viver. Quando uma pessoa com doença cardiovascular percebe a necessidade de integrar no seu quotidiano novos conhecimentos, capacidades, expectativas, padrões de relações sociais e profissionais, inicia um processo que a expõe à possibilidade de não reunir os recursos que permitam mover-se no sentido da integração fluida e do desenvolvimento de mestria na gestão da condição de saúde. A ausência de consciencialização da necessidade de “mudança” pode resultar, no “não envolvimento” da pessoa na gestão do seu processo saúde/doença, na dificuldade de interação com os profissionais e com as pessoas significativas e na ausência de desenvolvimento de confiança no seu repertório de recursos. Como consequência, a pessoa com doença cardiovascular pode não se adaptar à nova condição de saúde, facto que se traduzirá negativamente no seu percurso de adaptação à nova circunstância, na capacidade de mobilizar energia, nos seus comportamentos em saúde e, consequentemente, no seu bem-estar e qualidade de vida.

O ajustamento/ compromisso reporta-se ao grau de envolvimento das pessoas nos processos inerentes à transição, sendo este grau influenciado pelo conhecimento que detém sobre o processo que está a passar e sobre a sua situação de saúde. O conceito de envolvimento traduz a ideia de participação ativa e empenhada no processo de transição. O nível de consciencialização do problema de saúde influencia o grau de envolvimento das pessoas com patologia cardiovascular na gestão do seu processo terapêutico, na medida em que este fica comprometido se não existir consciencialização, pois ninguém se envolve em algo que para si não existe. Tanto a ajuda à consciencialização, como ao envolvimento/compromisso são áreas de intervenção dos enfermeiros, contribuindo para transição e adaptação, nomeadamente à doença cardiovascular, mais saudáveis.

A mudança e diferença é onde se salienta a distinção entre os conceitos de transição e mudança, já que uma transição envolve sempre uma mudança, enquanto nem todas as mudanças são transições. É fulcral que os profissionais de saúde entendam os significados que as pessoas atribuem às mudanças, que o problema cardiovascular implica, como a perceção da sua importância ou severidade, as expectativas pessoais, familiares e ou sociais.

Os eventos e acontecimentos críticos na maioria das transições encontram-se relacionados com acontecimentos marcantes na vida das pessoas, como o conhecimento do diagnóstico e das implicações futuras da doença cardiovascular.

O período de experiência é caracterizado por movimentações e fluxos ao longo do tempo que devem ser acompanhados pelos enfermeiros, no sentido de se obterem ganhos para a saúde. A passagem do tempo é um elemento essencial na transição. O processo adaptação ao novo modo de estar perante a vida exige um tempo, que decorre entre a rutura com o que era habitual e rotineiro e a vivência com as alterações ajustar-se à nova condição e conseguindo alcançar um novo equilíbrio. Efetivamente, a transição é um percurso que tem um início e um fim, isto é, a pessoa terá que abandonar os “*modus vivendi*” habituais e reorganizar uma diferente maneira de viver, que se deseja plena de capacidades físicas, afetivas e sociais.

Outro aspeto incluído na Teoria das Transições são os fatores que irão influenciar o decurso de uma dada experiência, definidos de condições facilitadoras e inibidoras e dividem-se principalmente em três tipos: pessoais, comunitárias e sociais (Meleis [et al.], 2010).

Nas condições pessoais podem ser identificados os significados, que cada um atribui aos acontecimentos que desencadeiam uma transição (ex: doença cardiovascular). As condições comunitárias assumem os recursos que uma comunidade garante para facilitar o decurso das transições (suporte de amigos, pares e familiares, a informação dos profissionais de saúde ou de outras fontes fidedignas) ou inibir (insuficiência de recursos, a falta de planeamento e a inadequação da educação em saúde e de suporte inadequado, os conselhos não solicitados ou negativos, a informação insuficiente ou contraditória, os estereótipos e o confronto com o negativismo por parte dos outros). Nas condições sociais podemos encontrar a marginalização, os estigmas e os papéis socialmente definidos, que se constituem como os principais condicionantes inibidores no contexto social.

Segundo os mesmos autores, para compreender todo o processo de transição e valorizar a experiência vivida pela pessoa, é, ainda, necessário atender à existência de alguns padrões de resposta, que se subdividem em dois tipos de indicadores – processuais e de resultado – e que auxiliam a avaliação dos enfermeiros.

Os indicadores de processo particularizam a necessidade da pessoa sentir-se e manter-se integrado num determinado contexto, sendo a necessidade de informação, fundamental para se prosseguir numa transição saudável. Neste sentido, as relações que estabelecem com o meio (família, amigos, profissionais de saúde) revelam-se como fontes de informação privilegiadas. No decurso da experiência de transição, a pessoa com doença cardiovascular deve sentir-se situado, ou seja, sentir-se envolvido nas tomadas de decisão relativamente aos seus cuidados e aos recursos disponíveis/necessários, quer pessoais, quer de saúde e comunitários, no contexto em que se encontra inserido.

Por fim, importa aprofundar o nosso entendimento sobre os indicadores que nos permitem apurar se a transição se constituiu como um evento saudável ou não, na vida da pessoa. Assim, Meleis salienta dois tipos de indicadores de resultados: a mestria e a integração fluída de nova identidade. O primeiro indicador reporta-se ao desenvolvimento de competências e condutas ao longo de todo o processo de transição para gerir a nova situação. Por outro lado, o indicador relativo às identidades flexíveis e integradoras postula que uma transição saudável deve envolver uma reformulação da identidade da pessoa, da qual resulta a incorporação fluída de mudanças, novos conhecimentos e comportamentos, de modo a adaptar-se progressivamente à nova situação, integrando nova identidade ou papéis.

Petronilho (2009) afirma que são indicadores de uma transição saudável face à necessidade de mudança, a percepção de autoeficácia e a demonstração da execução de tarefas que dão resposta as necessidades da pessoa, aspetos que terão de ser validados pelo enfermeiro. Assim, os indicadores de uma transição saudável, no caso da pessoa com doença cardiovascular são o conhecimento e a participação nas decisões sobre o seu estado saúde/doença (empoderamento), mestria de papel (autogestão o regime terapêutico), bem-estar nas relações, em suma, adaptação à circunstância de saúde e qualidade de vida possível.

As pessoas que subitamente são acometidas de doença cardiovascular aguda podem ter de introduzir alterações consideráveis no seu dia-a-dia, tanto para promover e manter a sua saúde ou prevenir novos episódios críticos, devido às limitações derivadas das lesões da própria doença.

Assim o enfermeiro considerando a importância das transições saúde/doença e seu o papel de complementaridade ou de suplementação que assenta na relação terapêutica, na informação, na exploração e treino de habilidades, deve favorecer a aquisição de novos conhecimentos e incorporação de novas competências que permitam uma gestão saudável da situação após a doença coronária. Compete ao enfermeiro ajudar a pessoa a mobilizar convenientemente os recursos disponíveis (pessoais e extrínsecos), fortalecendo o empoderamento e a autorresponsabilização na gestão do autocuidado em relação à sua condição de saúde (Cunha, 2011).

Na mesma linha Petronilho (2007) reforça que o desafio dos enfermeiros no apoio aos processos de transição, é entender o processo de transição e planejar intervenções que prestem ajuda às pessoas, com vista a estabilidade e sensação de bem-estar.

Para nortear a prática clínica, o Processo de Enfermagem é um método científico que envolve raciocínio e julgamento diagnóstico para identificar aspetos importantes para a tomada de decisão do enfermeiro na promoção da saúde dos utentes, nomeadamente, com doença cardiovascular (Cunha et al, 2018).

3.2. AUTOGESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO: FATORES INTERVENIENTES

Como vimos refletindo, cuidar em enfermagem centra-se na promoção do bem-estar e da independência da pessoa para a satisfação das suas necessidades fundamentais e preconiza essa independência pela promoção e educação para a saúde através do contributo dado

pelos cuidados de enfermagem. A pessoa é a figura central dos cuidados e o enfermeiro atua como substituto, auxiliar ou parceiro (Meleis, 2012; Benner, 2005; OE, 2002; Henderson, 1991).

Ao atuarem como parceiros, o enfermeiro e a pessoa planeiam em conjunto os seus cuidados. Esta parceria de cuidados visa sempre um objetivo comum, a promoção da saúde, bem-estar e a independência possível (Tomey, 2004). Seguindo o mesmo autor, o enfermeiro ajuda o indivíduo a encontrar, o mais rapidamente possível, a sua autonomia, através das suas intervenções, passando por substituir, completar, acrescentar, reforçar e/ou aumentar essa mesma autonomia. No entanto, é necessário ter em atenção que existem diversos fatores que influenciam a resposta de cada indivíduo para o seu autocuidado – cada pessoa tem uma personalidade diferente, idade, limitações físicas e ou cognitivas, uma forma particular de interagir socialmente, valores e normas culturais, além do contexto ambiental.

Neste âmbito, Orem (2001) postula que o cuidar é um campo de conhecimento e de serviço humano que tende a cobrir as limitações da pessoa no exercício do autocuidado relacionado com a sua saúde e reforçar capacidades de gestão do dia-a-dia. Assim, define autocuidado como um comportamento que implica um papel ativo do indivíduo em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar. De acordo com a autora, é uma função humana reguladora que as pessoas aprendem e executam deliberada e continuamente de acordo com as necessidades, ou que alguém a executa por eles, para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Os requisitos de autocuidado são divididos em três categorias: universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde.

No decurso do processo de doença cardiovascular, quanto aos requisitos universais, estas pessoas podem ter aporte inadequado de oxigénio e de alimentos e alterações nos processos de atividade e repouso. Nos requisitos de desenvolvimento de autocuidado, os utentes podem não ser capazes de se adaptarem às alterações de vida e ao tratamento. Nos requisitos de autocuidado relacionados com a adesão ao regime terapêutico, que muitas vezes decorre da falta de seguimento das medidas farmacológicas e não farmacológicas necessárias para o controlo da doença (Cunha [et al.], 2018, Orem, 2001).

Assim, a enfermagem é exigida quando a pessoa necessita de incorporar medidas de promoção, manutenção e de vigilância de saúde recentemente prescritas (ibidem), como no

caso da pessoa com doença cardiovascular, cuja realização necessita de conhecimentos e habilidades para enfrentar as suas limitações.

Quando o indivíduo reconhece as suas necessidades, a sua incapacidade de execução, ou ambas, ativa-se a necessidade de autocuidado surgindo, desta forma, a necessidade de intervenção do enfermeiro.

A intervenção de enfermagem passa a ser uma exigência quando o indivíduo se considera incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz. Portanto, esses cuidados podem ser realizados pelo enfermeiro, quando as capacidades da pessoa são insuficientes para satisfazer uma determinada necessidade de cuidado ou se preveja uma relação futura de défice por previsíveis diminuições de habilidades do autocuidado, por exemplo por doença cardiovascular. Assim sendo, existe uma relação entre défice de autocuidado e a intervenção de enfermagem (Brito, 2012).

Petronilho (2012), baseado em Meleis, refere que o autocuidado tem sido reconhecido como um recurso para a promoção da saúde e gestão dos processos de saúde/doença, envolvendo intervenções de enfermagem educativas, cognitivas e comportamentais, que aumentem o conhecimento e a competência da pessoa para tomar decisões depois da saída do hospital, quanto à gestão saudável do seu regime terapêutico.

Neste trabalho de projeto assumimos o conceito de regime terapêutico complexo (ICN, 2011) com intervenções orientadas para a prevenção, manutenção ou recuperação da saúde que coloca desafios às pessoas, com estilos de vida anteriores que poderão/deverão ser modificados. Este regime terapêutico engloba componentes farmacológicas e não farmacológicas que podem coexistir e que têm por objetivo, o tratamento ou a prevenção da doença e a preservação ou recuperação da autonomia nas atividades de vida e de autogestão da condição de saúde.

O conceito de regime terapêutico direciona-se para o processo de promoção do conhecimento e da melhoria das competências de autorregulação e facilitação da interação social. Envolve uma grande variedade de resultados a curto, médio e longo prazo. Procura captar a complexidade de viver com uma ou várias condições de saúde crónicas, implicando a necessidade de desenvolver competências para as gerir no dia-a-dia razão pela qual pode ser incluído no âmbito do autocuidado (Ryan, Sawin, 2009).

Os desafios que as pessoas com doença crónica e com regimes terapêuticos complexos enfrentam no quotidiano expõem-nos à vulnerabilidade. Esta possibilidade torna-os mais

suscetíveis à progressão da doença e à consequente degradação da condição de saúde, com o provável aumento do consumo de recursos de cuidados de saúde.

Estes desafios e a percepção da sua complexidade são mediados pelos recursos internos percebidos (competências cognitivas, literacia, acuidade visual, competências instrumentais, suporte percebido) e pelos recursos externos (acessibilidade e disponibilidade dos serviços de saúde). Os recursos percebidos para lidar com regimes terapêuticos complexos não podem ser dissociados da força de vontade, da esperança, das crenças e das experiências prévias pessoais ou de pessoas significativas com tratamentos de saúde, bem como, da atitude face às propostas terapêuticas disponibilizadas. Outro fator que influencia a complexidade percebida é a percepção da dimensão da mudança que é necessário implementar no dia-a-dia e o suporte social, familiar, de amigos e profissionais de saúde, para incorporar o tratamento e atingir os objetivos de saúde desejados. A complexidade dos regimes terapêuticos é um dos fatores que pode concorrer para o insucesso no desenvolvimento da capacidade de gerir com eficácia a condição de saúde, o que pode ter repercussões negativas na qualidade de vida e no nível de saúde (Padilha, 2013).

As pessoas que desenvolvem uma consciencialização facilitadora das “mudanças” no quotidiano, por via da percepção do compromisso dos processos corporais decorrentes de estadios avançados da doença cardiovascular, encontram maiores desafios à preservação da autonomia no autocuidado (Meleis, 2012). Face ao exposto, importará ajudar as pessoas a desenvolverem, numa lógica antecipatória (antes da instalação de compromissos significativos nos processos corporais), uma consciencialização facilitadora das “mudanças” que são necessárias introduzir na vida de todos os dias. Mudanças dirigidas ao desenvolvimento de autocontrolo da condição de saúde e à preservação da autonomia no autocuidado. Motivo pelo qual, emerge a oportunidade para que os enfermeiros se tornem mais significativos para estas pessoas, através da ajuda à integração fluida e com mestria das mudanças no quotidiano, promovendo a preservação da autonomia no autocuidado e a autogestão da condição de saúde. Aprofundar as respostas individuais com maior proficiência é o desafio que se coloca à enfermagem enquanto disciplina e profissão. A partir do exposto e do proposto pelas entidades que a nível internacional e nacional se ocupam desta problemática, emerge como central para o controlo da progressão da doença coronária, o desenvolvimento de competências de autocuidado das pessoas (OMS, 2007; DGS, 2012).

A transição para a dependência no autocuidado é um fator modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa, no qual os enfermeiros podem contribuir de forma significativa quer na promoção do autocuidado, quer na promoção da qualidade dos processos de transição individuais.

A doença cardiovascular apela aos requisitos fundamentais da teoria das transições e do autocuidado, pela necessidade de a integrar no dia-a-dia, quer com alguma redução da energia para a consecução das atividades de vida, quer com a integração com mestria de um regime terapêutico para o controlo da progressão da doença. Este regime terapêutico caracteriza-se por englobar um regime farmacológico e um regime não farmacológico, que integram atividades direcionadas para o controlo da progressão da doença e, para a preservação da autonomia.

Os enfermeiros, nomeadamente, especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, pelo seu mandato social podem tornar-se significativos na ajuda às pessoas com doença cardiovascular na preservação da autonomia e controlo da doença, pela motivação, informação e validação da sua compreensão sobre a doença, os fatores de risco e a necessidade de adesão ao regime terapêutico instituído, envolvendo ativamente a pessoa e sua família, criando ambientes de relação terapêutica efetiva.

Do exposto, o desafio que se coloca ao sistema de saúde, à disciplina de Enfermagem e aos enfermeiros, é o desenvolvimento de soluções criativas que sejam custo-efetivas e concorram para o tratamento, para o controlo da progressão da doença cardiovascular e para ajudar as pessoas a preservarem a autonomia no autocuidado. Estas soluções devem integrar aquilo que é a melhor evidência disponível e serem adequadas aos contextos de cuidados e à população alvo.

CAPÍTULO II –

PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR: CONSTRUÇÃO DE UM PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

Neste capítulo apresentamos as principais opções metodológicas que orientam o presente trabalho projeto e a sua fundamentação. Iniciamos pela abordagem da pertinência do mesmo, e pela apresentação do desenho do estudo. Posteriormente, percorrem-se as fases metodológicas de projeto e por fim, são apresentadas as considerações éticas que acompanham o seu desenvolvimento.

4. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Como vimos a abordar, a doença cardiovascular é uma das causas mais importantes de morte na atualidade, tanto nos homens como nas mulheres, sendo que há projeções de agravamento progressivo pela OMS (Macedo, 2007). Como forma de travar esta evolução, a OMS calcula que uma redução ligeira da HTA, do consumo de tabaco, da dislipidemia e da obesidade pode fazer cair a incidência deste problema de saúde para menos de metade. Assim, a promoção da saúde na doença cardiovascular torna-se fundamental (Ferreira e Abreu, 2009), desempenhando a intervenção autónoma de enfermagem um papel assinalável.

Numerosos estudos mostram que a adesão ao regime terapêutico em indivíduos de alto risco e pessoas com doença cardiovascular é baixa, resultando em piores resultados e custos com os cuidados de saúde (Perk [et al.], 2013). Alm-Roijer [et al.] (2004) indicam que apenas metade das pessoas com doença coronária modifica os estilos de vida. Também demonstram, do mesmo modo que Irmak e Fesci (2010), que a maioria das pessoas necessitam de mais informação e educação para o empoderamento no controlo dos fatores de risco cardiovasculares.

A OMS classificou as potenciais razões para a falta de adesão ao regime medicamentoso em cinco grupos que incluem fatores relacionados com o sistema de saúde, a patologia, a pessoa, o plano terapêutico e de ordem socioeconómica (Ho, Bryson e Rumsfeld, 2009), pelo que reforça que os serviços de saúde, para além das suas responsabilidades na prestação dos cuidados clínicos deverão, cada vez mais, orientar-se para a promoção da saúde (OMS, 1984).

Também o Plano Nacional de Saúde (PNS, 2012-2016) com prolongamento a 2020 apresenta como grandes desígnios a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70

anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis (DGS, 2015).

O percurso individual de saúde não é constante, tem necessidades específicas e momentos particularmente importantes (períodos críticos) que, pela forma como decorrem, influenciam diretamente, de forma positiva ou negativa, as fases seguintes da vida. A intervenção dos profissionais de saúde nestes momentos (janelas de oportunidade) é promotora e protetora da saúde e pode ter elevada relevância a médio e a longo prazo (OMS, 2010).

Sabe-se que a investigação em enfermagem e a prática profissional estão interligadas, pelo que muitos problemas de investigação surgem nos locais da prática profissional e os resultados da investigação devem ser difundidos e utilizados nos contextos de ação, para que os cuidados assumam mais qualidade (Fortin, 2009).

Num serviço de cardiologia de um hospital da região norte de Portugal, em que diariamente são admitidas pessoas com doença cardiovascular crítica ou recorrências agudas de processos crónicos, iniciando ou vivenciando processos de transição mais ou menos complexos, com necessidade de mudanças de comportamento no seu dia-a-dia, ou aquisição de novos conhecimentos, foram sentidas preocupações relativas ao papel do enfermeiro, na facilitação da gestão deste processo saúde/doença.

Existem evidências que a abordagem clássica não permite educação e informação adequada das pessoas e dos seus familiares, bem como, o apoio necessário para a mudança de comportamentos, que compreende a adoção de um regime farmacológico permanente, cessação tabágica, modificação de hábitos alimentares, atividade física regular e adoção de estilos de vida com menor stress psíquico (Mendes, 2013).

Segundo Perk [et al.], (2013), os programas de prevenção cardiovascular coordenados por enfermeiros são eficazes em vários sistemas de saúde. Também Berra, et al. (2011) defendem que os modelos de controlo de casos coordenados por enfermeiros, testados em vários ensaios aleatorizados de prevenção secundária, mostraram grandes melhorias nos fatores de risco, tolerância ao exercício, controlo da glicose e utilização apropriada da medicação, assim como, reduções nos eventos cardíacos e na mortalidade, regressão da aterosclerose coronária e uma melhor perceção da saúde por parte das pessoas em comparação com os cuidados usuais.

A literatura veio demonstrar que as pessoas com doença cardiovascular beneficiam com a intervenção de enfermagem para uma gestão mais eficaz do regime terapêutico, após a alta hospitalar e que existe diferença entre as recomendações e a sua implementação na prática, pelo que subsiste um amplo espaço para investigar e melhorar a qualidade dos cuidados.

Inquéritos como o EUROASPIRE (inquéritos desenvolvidos para documentar se as recomendações da SEC estão a ser bem implementadas na prática clínica) demonstram que no braço hospitalar (EUROASPIRE III) levado a cabo com 8966 pessoas de 22 países europeus, com doença coronária conhecida, mostraram que grande parte deles não conseguiu modificar o estilo de vida, os níveis de fatores de risco e os objetivos propostos em 2003 pelo Terceiro Grupo de Trabalho de Conjunto da SEC e outras sociedades para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica. As proporções de pessoas que tinham atingido os objetivos das diferentes recomendações, que idealmente deveriam ser de 100%, na prática foram menos de metade (Kotseva [et al.], 2009).

Para que os enfermeiros sejam mais significativos na promoção da gestão do regime terapêutico e na preservação da autonomia no autocuidado das pessoas com manifestação de doença cardiovascular súbita, torna-se necessário que agreguem maior sistematização à sua ação profissional.

Estas constatações aliadas às nossas preocupações geradas pelo nosso exercício profissional impulsionam a prossecução deste trabalho. Para tal recorreremos à metodologia de projeto, cujas decisões e procedimentos metodológicos descrevemos em seguida.

5. METODOLOGIA DE PROJETO

De acordo com Brissos (2004) os projetos desenvolvidos no âmbito da saúde devem proporcionar uma análise integrada das necessidades da população, com novas perspetivas de ação, uma concentração de esforços e melhor aproveitamento dos recursos, fomentando sinergias e a promoção da capacidade, motivação e autonomia da comunidade.

Um projeto constitui-se como um plano de trabalho que pretende resolver e/ou estudar um problema. Desta forma, é uma metodologia de investigação, pois assume-se como um conjunto de técnicas para estudar qualquer aspeto da realidade que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes vão fazer ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas (Leite, Malpique, e Santos, 2001).

Segundo Ferreira (2009), a metodologia de trabalho de projeto orientada pelas suas próprias características e finalidades, constitui uma forma de trabalho pedagógico potenciadora do desenvolvimento de capacidades e competências nos indivíduos, pela conceção e concretização de projetos numa situação real, respondendo às exigências atuais da sociedade em constante evolução.

Optamos pela metodologia de projeto por considerarmos o seu importante contributo, quer para o desenvolvimento de competências pessoais, quer por contribuir para a motivação das equipas prestadoras de cuidados e para o desenvolvimento de competências capazes de fomentar mudanças, neste caso, na melhoria da prestação de cuidados à pessoa com doença cardiovascular.

Segundo Nunes [et al.], (2010), as fases deste tipo de metodologia são cinco, começando pela elaboração de um diagnóstico de situação, para depois planear atividades, meios e estratégias, seguido da execução do plano de atividades e divulgação dos resultados obtidos.

Tal como afirma Guerra (1994), a metodologia de projeto deve constituir-se numa ponte entre a teoria e a prática, uma vez que, o seu suporte é o conhecimento teórico, para depois ser aproveitado para a implementação de um trabalho de características pragmáticas, concretas e reais. Neste sentido foi efetuada pesquisa bibliográfica, para perceber o estado da arte na área.

Assim, como elemento da equipa, identificamos como problema alvo de intervenção, a inexistência de um guia que sistematizasse e permitisse a continuidade de cuidados de enfermagem à pessoa com doença cardiovascular numa unidade de cardiologia. Deste modo, aspiramos contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem e para criação de indicadores de qualidade relativos ao atendimento à pessoa com doença cardiovascular.

No sentido de melhorar o conhecimento, caraterizar e analisar a realidade envolvente foi realizado um diagnóstico de situação. Apoiados em Mendonça (2002), precisávamos saber se a inexistência de intervenção sistematizada de enfermagem potenciadora da autogestão do regime terapêutico em pessoas com doença cardiovascular, que constituía a nossa inquietação, era sensível à equipa de enfermagem. Para que seja realmente promotor de desenvolvimento, é importante que o problema seja identificado, e essencialmente, que seja considerado como importante e pertinente pelos sujeitos que o experienciam.

5.1.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa da metodologia de projeto consta do diagnóstico de situação que se constitui como um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e modificar.

Como objeto da nossa inquietação identificamos que apesar de vários esforços para a promoção e autogestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular, por parte dos profissionais de enfermagem, estes não são tão evidenciados quanto o desejável, por não existir uma prática sistematizada.

Para efetuar um planeamento transversal de atividades que satisfaça as diversas necessidades detetadas e possa provocar mudança deve-se analisar o contexto envolvente tendo em atenção as necessidades e possibilidade de intervenção centrado nas pessoas, organização e equipa de enfermagem.

Como ressalva Many e Guimarães (2006), muitas vezes em trabalho de projeto, obtêm-se muitas informações através de observações e de conversas informais e não apenas através dos instrumentos de recolha de dados. Sendo elemento do serviço, a observação participada, a experiência profissional e a reflexão pessoal sobre a problemática, foram complementadas com entrevistas informais de caráter exploratório com elementos de referência do serviço.

De uma forma geral, todos os profissionais sustentaram o problema como real e o projeto como necessário para a uniformização de procedimentos e consequentemente uma melhor intervenção com ganhos na qualidade de cuidados.

O diagnóstico de situação (análise de necessidades e reconhecimento de possibilidades de intervenção) foi complementado com a construção e aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço de cardiologia, que abordaremos adiante.

Passamos a uma breve caracterização da instituição onde foi desenvolvido o trabalho.

Caraterização do contexto hospitalar

A instituição que passaremos a designar de Hospital é um estabelecimento integrado na rede de prestação cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS), gerido num modelo de Parceria Público Privada (PPP). Tem como área de influência três distritos, cobrindo uma população de cerca de 1,2 milhões de habitantes.

Com uma estrutura arquitetónica totalmente construída de raiz, com uma área de construção de 140.000 m², abriu portas em Maio de 2011, com uma capacidade de internamento até 705 camas.

Nas instalações estão disponíveis:

- Quartos de internamento com um máximo de duas camas e todos com quarto de banho privativo;
- Bloco Operatório Central com doze salas;
- Bloco de partos;
- Bloco Periférico de Obstetrícia com uma sala;
- 109 Gabinetes de consulta médica;
- Serviço de Psiquiatria com acesso próprio;
- Heliporto, que permite um rápido e seguro transporte de doentes urgentes;
- Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamentos de apoio a todas as especialidades clínicas.

Neste Hospital existem cerca de 2.200 lugares de estacionamento, um refeitório, uma cafetaria e uma zona comercial com diversas lojas.

O Hospital pretende assumir-se como um hospital de referência para todo o SNS, com um desenvolvimento sustentado em três pilares: qualidade da prática clínica diária e da plataforma (instalações, equipamentos); satisfação dos utentes, dos colaboradores e de toda a comunidade envolvente e, equilíbrio económico-financeiro do Hospital.

No sentido de perceber a magnitude e abrangência do Hospital, segundo o relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde do mesmo foram observados apenas no SU em 2015, 194 500 doentes (HB, 2016).

Por sua vez, o serviço de cardiologia do hospital, é considerado de Nível II no conceito de Rede de Referência de Cardiologia. Segundo a DGS (2015), as instituições de nível II, são centros regionais, que possuem uma área de influência direta e indireta, cuja principal caracterização é a existência de Laboratório de Hemodinâmica, atuando como nó da rede de Via Verde Coronária, para tratamento da fase aguda do enfarte do miocárdio. Dispõem igualmente de capacidade de realização de técnicas não invasivas e de *Pacing* cardíaco, sendo a sua principal distinção dos Centro de nível III, a inexistência na mesma instituição de cirurgia cardíaca. Devem ainda possuir unidade de cuidados intensivos dedicadas a Cardiologia.

O serviço de cardiologia é então constituído por Laboratório de Hemodinâmica, Laboratório de Eletrofisiologia, Unidade Coronária (UC) com capacidade de 11 camas, Serviço de Internamento com capacidade de 17 camas e Consulta Externa

Segundo o relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde do Hospital foram realizados em 2015, 1857 cateterismos cardíaco e realizadas 11449 consultas externas de cardiologia (HB, 2016).

Instrumento de diagnóstico

Para melhor sustentar o diagnóstico de situação foi aplicado, como anteriormente referido, um questionário a todos os enfermeiros, que prestam cuidados no serviço de cardiologia deste hospital (apêndice A), num total de 31, considerando, esta ferramenta um meio eficaz para conhecer os contornos da problemática. Com o mesmo pretendíamos atingir os seguintes objetivos:

- Identificar o tempo de exercício profissional da equipa de enfermagem do serviço de cardiologia;

- Identificar a formação específica da equipa de enfermagem do serviço de cardiologia;
- Identificar a perceção da equipa de enfermagem sobre as aprendizagens para a capacitação da autogestão do regime terapêutico, durante o internamento;
- Perceber as práticas em uso pelos enfermeiros quanto à promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular.

Para que este instrumento fosse apropriado na recolha de informação foi realizada uma pequena apresentação do trabalho e dos seus objetivos, assim como, da importância da cooperação de todos. Especificamente, em relação ao questionário foi complementada a informação contida na primeira página, como por exemplo, o esclarecimento quanto às opções de resposta, o apelo à resposta a todas as questões e honestidade na mesma, bem como, a informação sobre a privacidade e confidencialidade dos dados obtidos.

O instrumento é composto por duas partes, uma referente à caracterização sociodemográfica e profissional e outra referente às práticas dos enfermeiros em relação à promoção da autogestão do regime terapêutico, depois da alta hospitalar. Apresenta perguntas estruturadas com diversas opções de resposta.

A recolha de dados foi efetuada no mês de setembro e outubro de 2016. Dos 31 enfermeiros que constituíam a equipa de enfermagem, responderam 30 enfermeiros, (96,8%).

Para assegurar o anonimato e confidencialidade os questionários foram disponibilizados no serviço sendo colocados posteriormente em envelope fechado e recolhidos no final do tempo estabelecido. Todos os questionários foram codificados assim como as perguntas.

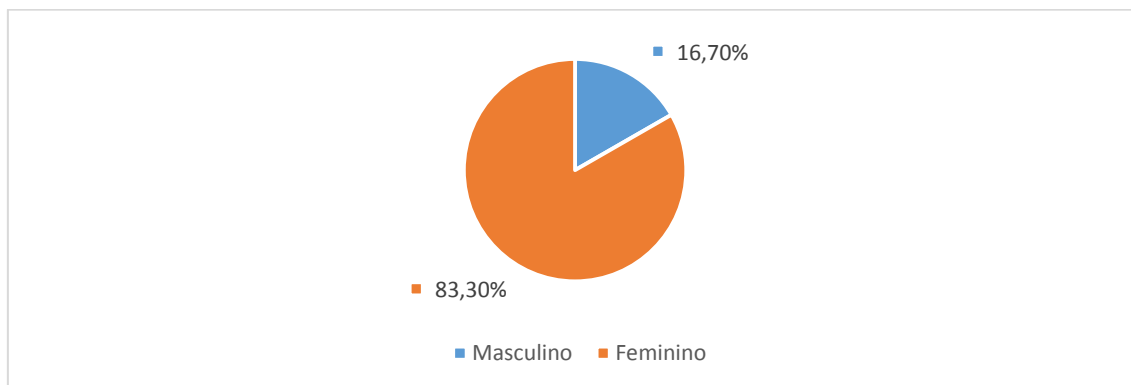
Para o tratamento de dados foi utilizado o programa SPSS, versão 22.

Tratamento de dados e discussão dos resultados

Apresentamos a caracterização dos participantes pelo sexo, experiência profissional em enfermagem e em cardiologia, formação e motivação.

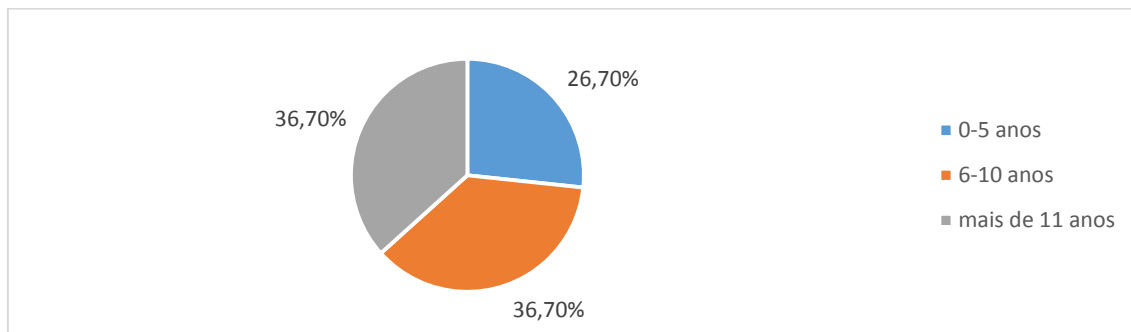
Quanto ao sexo podemos observar (gráfico 1) que predomina o sexo feminino com 83,3%, contrapondo-se aos 16,7% de sexo masculino, indo de encontro à realidade do grupo profissional que é maioritariamente feminino.

Gráfico 1 - Caracterização dos enfermeiros quanto ao sexo



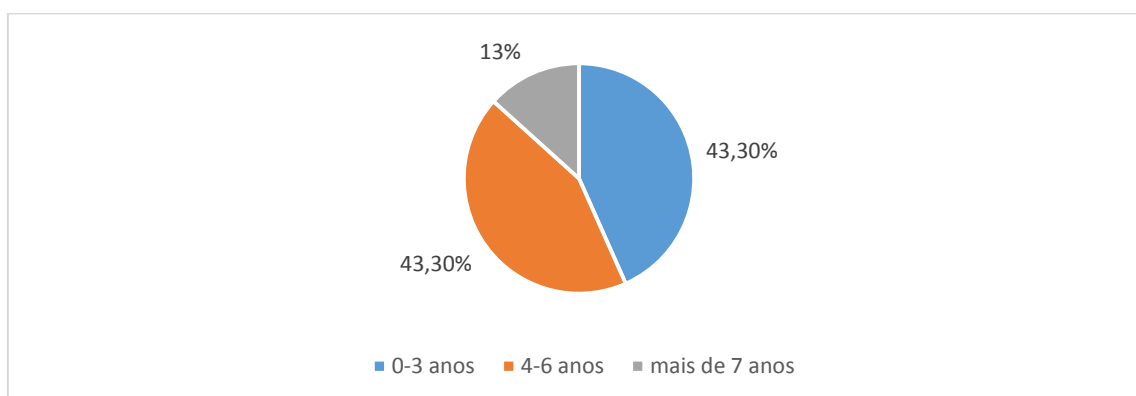
No que se refere à experiência profissional, 26,7% tem 5 ou menos anos de exercício profissional, enquanto a grande maioria exerce a profissão há mais anos, respectivamente 36,7%, entre 6 a 10 anos, 36,7% com 11 ou mais anos (gráfico 2).

Gráfico 2 - Caracterização dos enfermeiros quanto à experiência profissional



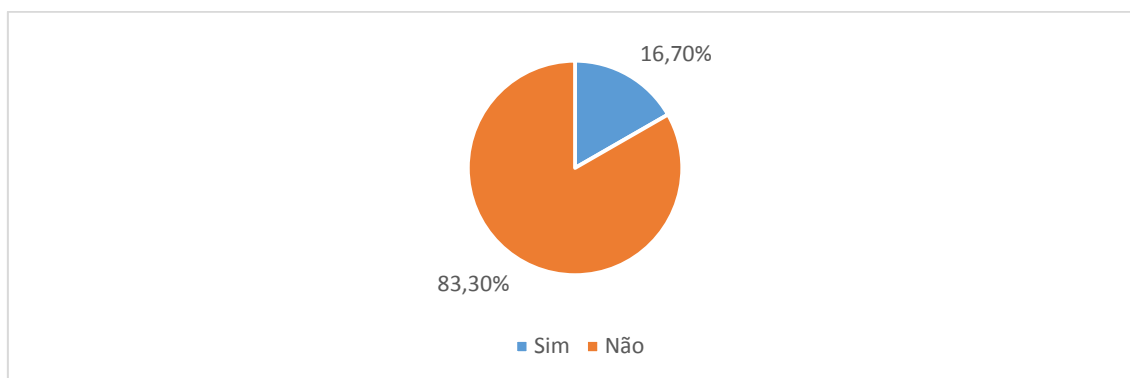
Com experiência profissional em serviços de cardiologia (gráfico 3) 43,3% dos enfermeiros tem 3 ou menos anos de experiência, o mesmo valor para o exercício profissional entre 4 a 6 anos, sendo que apenas 13,3% dos enfermeiros trabalha à 7 ou mais anos em serviço de cardiologia.

Gráfico 3 - Caracterização dos enfermeiros quanto à experiência profissional na área de cardiologia



Analisando a formação dos enfermeiros (gráfico 4), a grande maioria (83,3 %) são enfermeiros de cuidados gerais, enquanto 16,7% detêm uma especialização, respetivamente em Enfermagem de Reabilitação (1) e Enfermagem Médico-Cirúrgica (1) ou pós-graduação, nomeadamente em enfermagem de cuidados paliativos (1), prevenção e tratamento de feridas (1) e supervisão clínica em enfermagem (1).

Gráfico 4 - Caracterização dos enfermeiros quanto à formação especializada/pós-graduação



Quando questionados sobre a sua motivação para a profissão, apresentam uma média de 3,7 pontos, em 5 possíveis, concluindo-se que de um modo geral estão motivados, do ponto de vista profissional.

Da análise conjunta destes resultados, e no que concerne à caracterização socioprofissional, emerge uma equipa algo jovem na área de cardiologia, cerca de 80% trabalha há 6 ou menos anos, embora 73,3% corresponde a atividade profissional há mais de 6 anos, mas noutros serviços. Quanto à motivação profissional revelam sentir-se motivados.

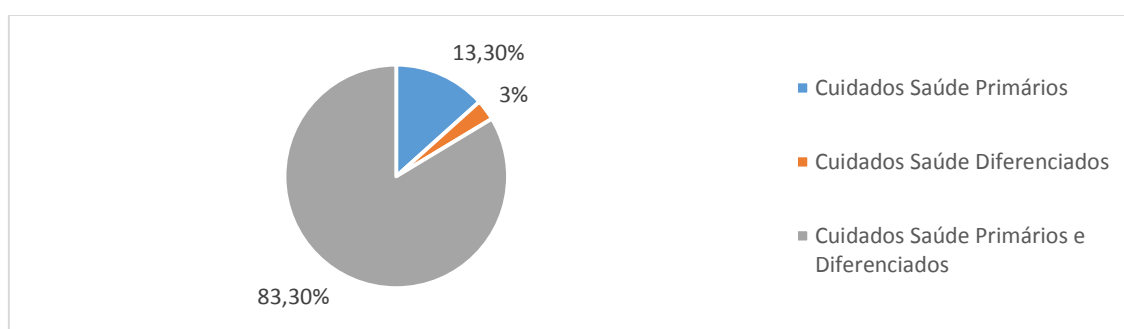
A segunda parte do questionário procura analisar a opinião da equipa de enfermagem sobre o enfoque da intervenção de enfermagem na promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoas com doença cardiovascular.

No que concerne ao acompanhamento da pessoa após o evento de doença cardiovascular com internamento (gráfico 5), a maioria (83,3%) considera que a competência deve ser partilhada e articulada entre os Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD) e os Cuidados de Saúde Primários (CSP).

O conceito de preparação do regresso a casa emerge como uma evolução do conceito de preparação da alta hospitalar. Este conceito associa à preparação administrativa e clínica (médica/enfermagem) da alta hospitalar, o desenvolvimento do reportório de recursos internos e externos da pessoa e/ou do membro da família prestador de cuidados, (Padilha, 2006), idealmente em articulação com os CSP, para assegurar a continuidade dos cuidados e a otimização da qualidade de vida.

Por sua vez, Petronilho (2012) defende que a implementação do processo de preparação do regresso a casa possibilita maior satisfação das pessoas, diminuição do tempo de internamento, diminuição dos custos com o internamento, diminuição do número de reinternamentos e um aumento da perceção das pessoas e familiares cuidadores sobre as competências de autocuidado. Permite ainda, diminuir a duplicação e a omissão de intervenções na preparação da alta hospitalar, influenciando positivamente a qualidade de vida das pessoas.

Gráfico 5 - A quem compete o acompanhamento da pessoa com doença cardiovascular



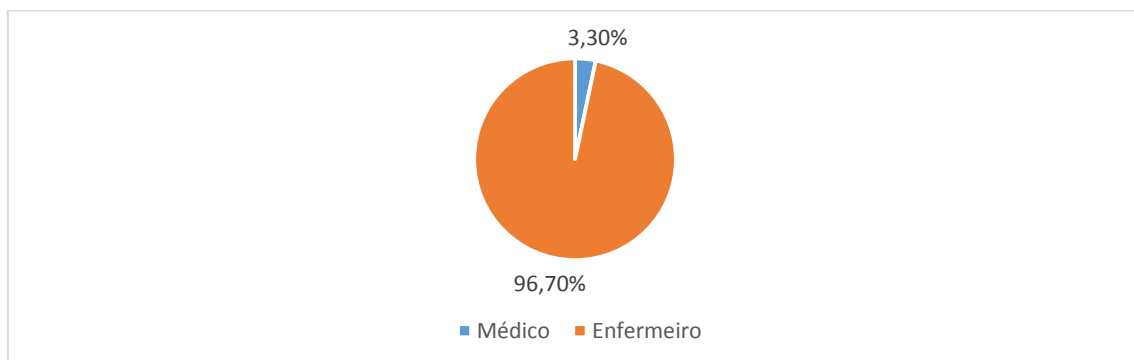
Por sua vez, a quase totalidade (96,7%) dos enfermeiros consideram que são os mais bem preparados para acompanhar a pessoa com doença cardiovascular, no domínio da

promoção da sua autogestão do regime terapêutico (gráfico 6). Estes resultados levam-nos a supor que praticamente todos os enfermeiros consideram uma importante área da sua intervenção, a promoção da adesão ao regime terapêutico e a sua autogestão.

Parafraseando a OE (2002), o enfermeiro tem por objetivo maximizar o bem-estar e promover o autocuidado, ao que Benner (2005) acrescenta, propõe informação, oferece formas de ser, assim como novas perspetivas à pessoa, graças ao saber que decorre de uma boa prática de enfermagem.

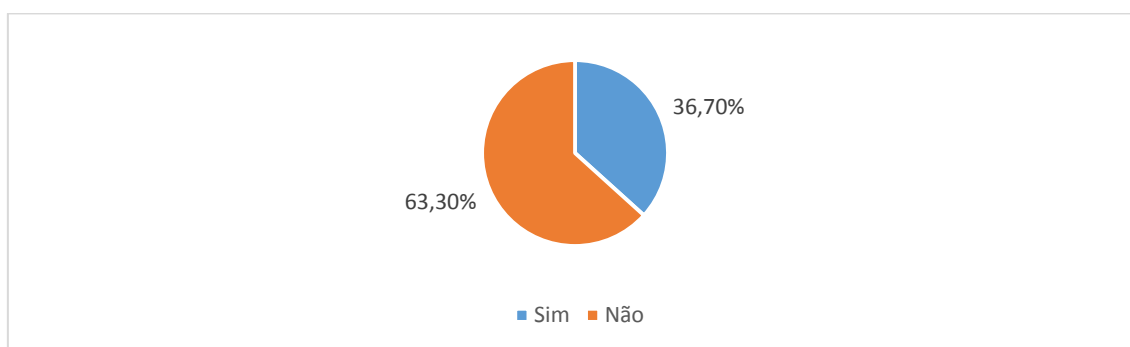
O autocuidado e o regime terapêutico são focos de atenção da prática clínica de enfermagem, entrando no âmbito da sua intervenção autónoma. O enfermeiro ao identificar necessidades das pessoas, mas também potencialidades fornece informações geradoras de aprendizagem e de aquisição de novas capacidades, promovendo o potencial de saúde através da otimização da adaptação às mudanças que implicam as transições de mais para menos saúde (OE, 2002).

Gráfico 6 - Quem se encontra melhor preparado para capacitar a pessoa com doença cardiovascular



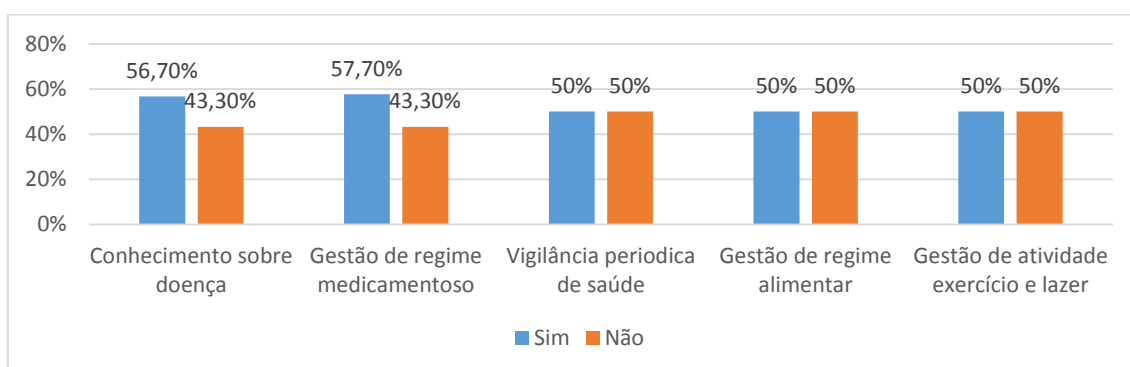
No entanto, quando questionados se consideram que o acompanhamento à pessoa com doença cardiovascular depois da alta, deva ser apenas pelo enfermeiro, somente 36,7% consideram que sim. Estes resultados percebem-se, porque embora o enfermeiro desempenhe um papel preponderante no âmbito do apoio emocional e de educação para a adesão/gestão do regime terapêutico, esta intervenção deve ser partilhada e articulada no seio da equipa de saúde com envolvimento ativo do utente.

Gráfico 7 - Considera possível o acompanhamento à pessoa com doença cardiovascular, depois da alta, pelo enfermeiro



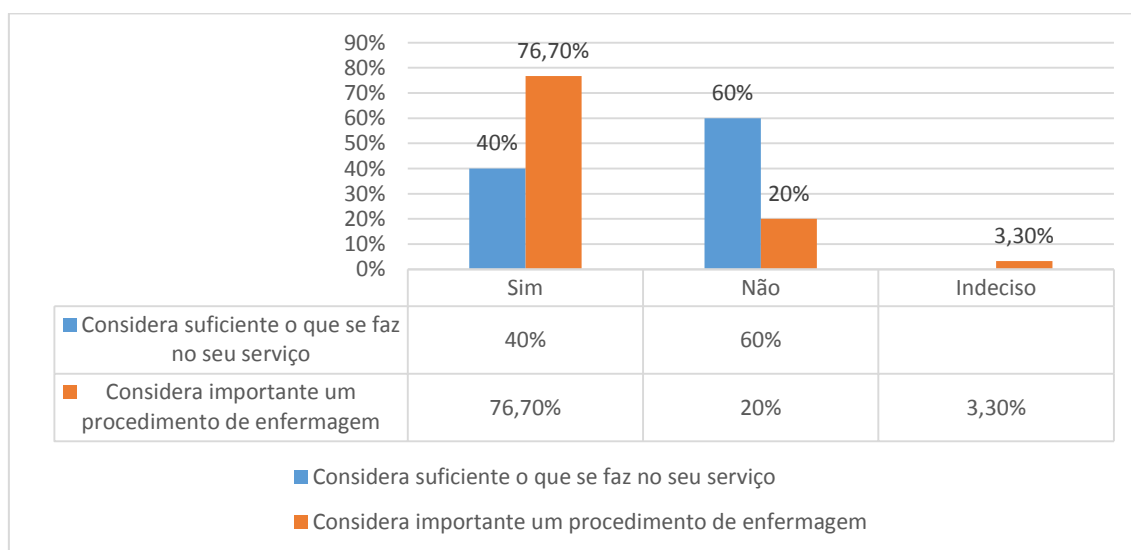
Foi também questionado a percepção dos enfermeiros quanto ao desenvolvimento de aprendizagens em internamento que permitam à pessoa a gestão do regime medicamentoso, vigilância periódica de saúde, gestão de regime alimentar, gestão de atividade física, exercício e lazer, após a alta. Cerca de 57% dos enfermeiros são da opinião que os utentes em internamento desenvolvem conhecimentos sobre a doença e sobre a gestão de regime medicamentoso e metade pensam que desenvolvem aprendizagens quanto à necessidade de vigilância em saúde, regime dietético e atividade física (gráfico 8).

Gráfico 8 - Pessoas com doença cardiovascular com alta que desenvolver aprendizagem para gestão da sua saúde



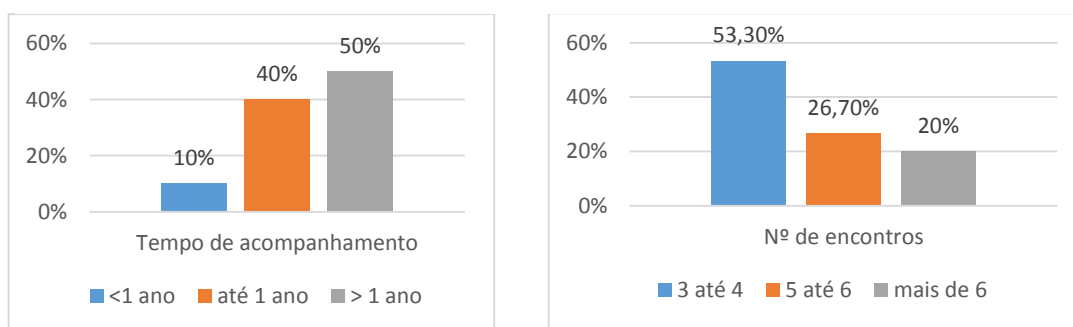
Sobre as práticas no seu contexto de trabalho, uma porção considerável (60%) dos enfermeiros considera insuficiente o que atualmente o enfermeiro realiza para a prevenção da doença cardiovascular. Por outro lado, 76,7% considera importante a existência de um procedimento de enfermagem que sistematize e oriente a sua intervenção (gráfico 9).

Gráfico 9 - Práticas atuais vs. Necessidade de um procedimento de enfermagem



Quando questionados sobre aspetos específicos do procedimento de enfermagem, como o tempo de acompanhamento, o número de encontros/consultas a considerar e o tipo de estratégias a utilizar, 50% considera que o acompanhamento deve ser de um ano ou menos, a outra metade considera que o acompanhamento deve prolongar-se por mais do que um ano. Quanto ao número de consultas de enfermagem, a maioria (53,3%) considera que 4 serão suficientes, sendo que 26,7% propõe 6, e ainda 20% considera que são necessários mais de 6 encontros (gráfico 10).

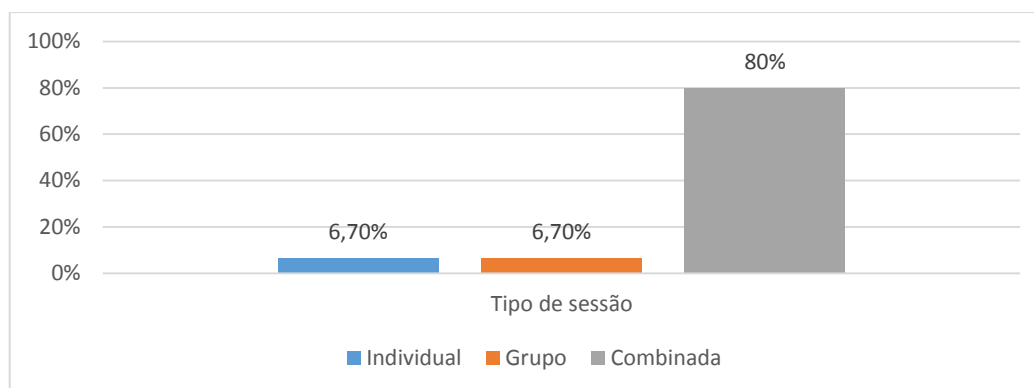
Gráfico 10 - Tempo de acompanhamento e número de contatos do procedimento de enfermagem



Quanto às estratégias a utilizar nas consultas de *follow-up* (gráfico 11), a grande maioria (80%) considera que a combinação da intervenção individualizada e sessões em grupo

serão as melhores estratégias de intervenção para produzir mais efeito para a promoção da autogestão do regime terapêutico.

Gráfico 11 - Tipo de estratégia mais adequada



Relativamente ao acompanhamento de enfermagem não existe muita literatura quanto à intensidade do mesmo, em tempo, contactos ou modalidades. Um programa multidisciplinar de prevenção coordenado pela enfermagem, tanto em hospitais como em CSP foi avaliado no ensaio EUROACTION que estudou pessoas com doença cardiovascular e indivíduos com alto risco de doença cardiovascular em oito países (Kosteva [et al.], 2009). A abordagem era centrada na família e levou a alterações para estilos de vida mais saudáveis e num controlo mais eficaz dos fatores de risco como a TA, tanto em pessoas como nos seus parceiros, no braço de intervenção, em comparação com os cuidados habituais. Um ponto forte específico deste programa foi a demonstração da exequibilidade deste tipo de programa em hospitais e nas áreas de medicina geral e familiar, fora de centros especializados, e em oito diferentes sistemas de saúde na Europa. Este ensaio consistiu em oito visitas de uma equipa multidisciplinar, a comparência num grupo de trabalho e aulas de exercício supervisionado durante um período de 16 semanas.

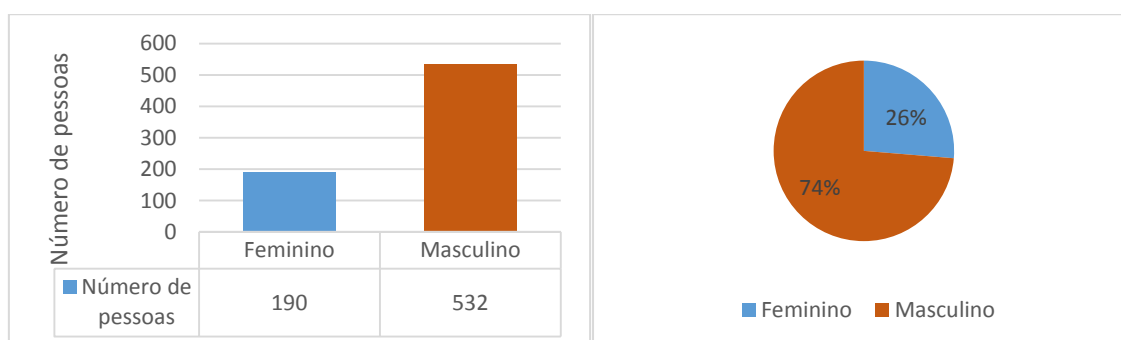
As estratégias utilizadas para estimular as mudanças de comportamento e estilos de vida saudáveis em vários ensaios incluíram a avaliação individualizada, comunicação do risco, tomada de decisões partilhada, inclusão da família, definição de objetivos, educação individual e em grupo, e entrevista motivacional. Devido à diferença de intensidade, duração e componentes das intervenções nestes ensaios, a “dose” ótima de contacto ou os componentes mais efetivos e custo-efetivos necessários para resultados a longo prazo não são conhecidos, ou como podem variar de acordo com as características das pessoas (Perk

[et al.], 2013). Segundo os mesmos autores, o sucesso das intervenções, apesar destas diferenças, apoia o conceito básico de que um contacto mais continuado é necessário para obter mudanças nos estilos de vida e aumentar a adesão. Os modelos de cuidados de enfermagem mais intensivos e com contactos mais continuados mostraram os melhores resultados, incluindo a regressão da aterosclerose e a diminuição dos eventos cardíacos (Haskell [et al.], 1994). Apesar desta constatação, é necessária mais pesquisa para determinar o melhor formato das intervenções necessárias para obter uma redução do risco sustentada, e como estas podem ser quantificadas e adaptadas às pessoas com diferentes riscos e necessidades de serviços de saúde numa variedade de contextos de cuidados de saúde e de comunidades.

No que concerne à questão sobre os focos da prática de enfermagem que identificariam para estabelecer um plano de intervenção para a preparação do regresso a casa e *follow-up* foram apresentados 18, sendo que os 5 mais seleccionados foram: Adesão ao Regime Terapêutico, sendo assinalados por 83,3% dos enfermeiros, Capacidade de Gestão de Regime Terapêutico (76,6%), Abuso de Tabaco (63,3%;), Conhecimento sobre Saúde (56,7%) e Adaptação ao Estado de Saúde (53,3%).

Ainda no sentido de dimensionar a necessidade do procedimento de enfermagem foi realizada uma pesquisa de todos os utentes admitidos em 2015 na UC do referido hospital, recorrendo ao sistema informático, constatando-se que, foram admitidos 722, predominando o sexo masculino com 532 utentes, sendo o sexo feminino constituído por 190 (gráfico 12).

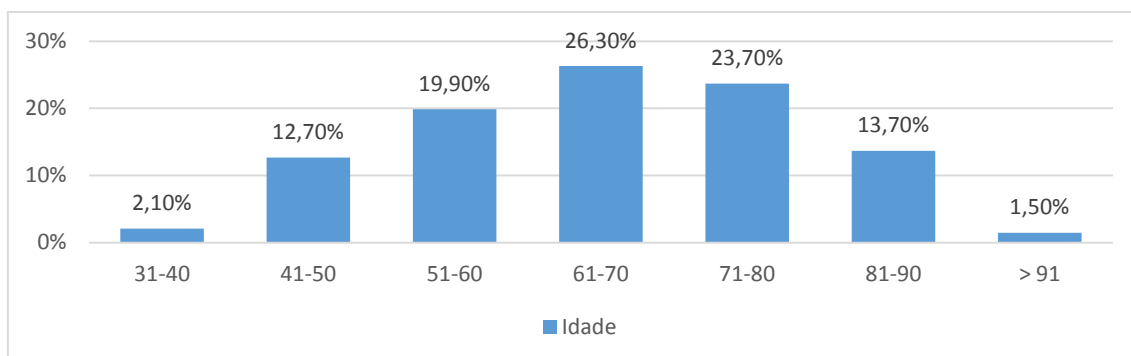
Gráfico 12 - Pessoas admitidas na UC em 2015 por sexo



As idades das pessoas admitidas variaram entre 31 e 91 anos (gráfico 13). O grupo dos 61-70 anos foi o mais representativo (26,3%), seguido do de 71-80 anos (23,7%),

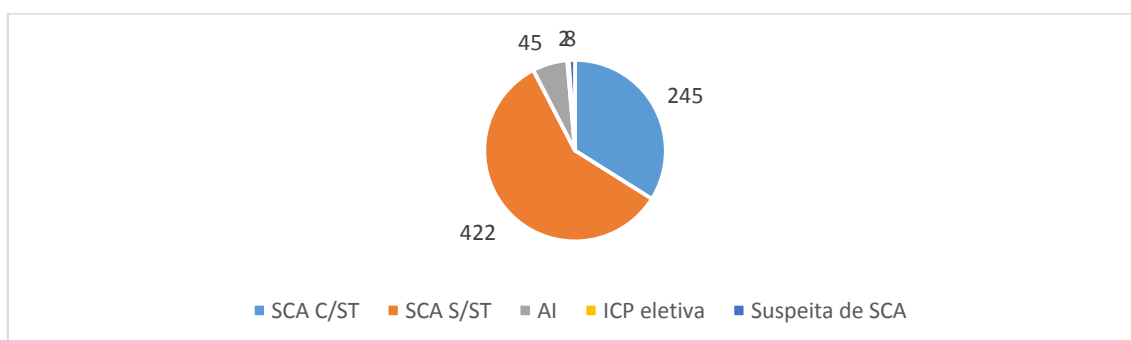
representando no seu conjunto, metade das pessoas que foram internadas neste período e nesta unidade.

Gráfico 13 - Pessoas internadas na UC em 2015 por idade



Quanto ao diagnóstico de admissão na UC, destas 722 pessoas (gráfico 14), 58,4% foram internadas por Síndrome Coronária Aguda sem supradesnivelamento do segmento ST (SCA S/ST), 33,9% por Síndrome Coronária Aguda com supradesnivelamento do segmento ST (SCA C/ST), as restantes foram admitidas por AI (6,2%), suspeita de Síndrome Coronária Aguda (1,1%) e Intervenção Coronária Percutânea (ICP) eletiva (0,3%).

Gráfico 14 - Pessoas internadas na UC em 2015 por diagnóstico

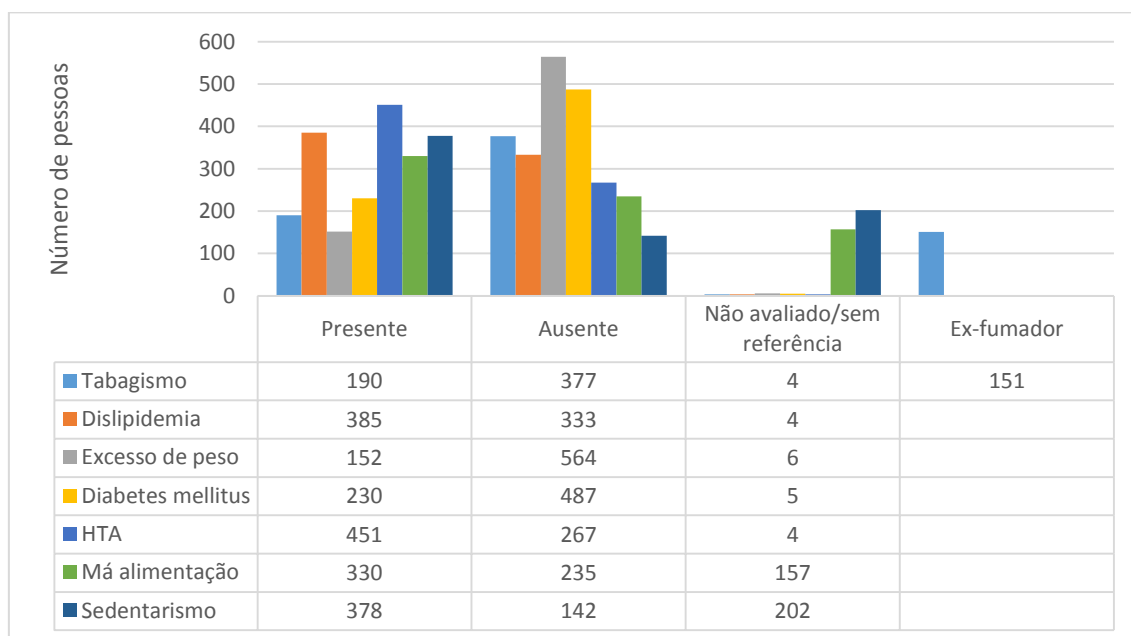


A par do diagnóstico, foi avaliada a presença de fatores de risco cardiovasculares modificáveis, através da consulta dos registos médicos, em diário clínico, e da avaliação inicial de enfermagem. Constatou-se (gráfico 15), que os fatores de risco mais prevalentes eram a HTA e a dislipidemia. Por sua vez, o menos frequente era o excesso de peso. Também se verificou que a alimentação inadequada e sedentarismo também eram

prevalentes. O consumo do tabaco também surge como um fator de risco a considerar, apesar de apenas 26,3% fumarem na admissão, 20,9% referiram ser ex-fumadores, não se especificando há quanto tempo.

Ainda através dos registos informáticos foi possível constatar o diagnóstico de enfermagem Gestão de Regime Terapêutico Ineficaz em 64% das pessoas internadas. No âmbito da preparação do regresso a casa, a literatura evidencia que o domínio da gestão do regime terapêutico é uma das áreas de intervenção autónoma que apresenta maiores oportunidades para o desenvolvimento da ação educativa de enfermagem (Padilha, 2006).

Gráfico 15 - Pessoas internadas na UC em 2015 por presença de fatores de risco cardiovascular



Pela nossa experiência profissional, reflexões pessoais e partilhadas fomos percecionando que a preparação do regresso a casa e o acompanhamento das pessoas após alta hospitalar poderia ser melhorado. Na pesquisa bibliográfica procuramos evidências sobre as implicações da doença cardiovascular na vida das pessoas e a importância da intervenção de enfermagem no estabelecimento de planos de intervenção que visem a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências com vista ao autocontrolo do regime terapêutico no processo de transição saúde/doença (Padilha, 2006; Petronilho, 2007; Perk. [et al.], 2013).

Para complementar o diagnóstico de situação sobre a problemática da gestão do regime terapêutico das pessoas com doença cardiovascular extraímos as principais conclusões do inquérito lançado aos enfermeiros.

Embora a maioria dos enfermeiros sejam de opinião que as pessoas antes da alta hospitalar desenvolvem aprendizagem suficiente que lhe permita a gestão autónoma do regime terapêutico, 60% dos enfermeiros considera insuficiente a sua intervenção neste domínio. Aproximadamente 77% considera importante que esta intervenção seja estruturada e sistematizada através de um protocolo, programa ou procedimento de enfermagem.

Quanto ao tempo para a sua implementação em *follow-up*, metade da equipa considera que este acompanhamento devia ser até um ano e os restantes, mais de um ano, com uma calendarização de 4 ou mais consultas, privilegiando a combinação entre intervenções de enfermagem individuais e em grupo.

Após esta fase, efetuamos uma análise Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT) (tabela 3), de forma a analisar as diversas variáveis que poderiam interferir no desenvolvimento deste projeto.

Tabela 3 - Análise SWOT do trabalho projeto

Internas	Forças	Fraquezas
	<p>A missão, visão, valores e objetivos da Instituição reforçam a importância da implementação de um projeto desta natureza, alinhando com plano estratégico do hospital;</p> <p>Em 2015 foram internadas 722 pessoas, em que 245 com SCA c/ST;</p> <p>Melhoria na prestação de cuidados;</p> <p>Ganhos diretos e indiretos em saúde;</p> <p>Equipa de enfermagem motivada;</p> <p>Necessidade identificada pela equipa de enfermagem;</p> <p>Infraestruturas adequadas.</p>	<p>Equipa de enfermagem com poucos anos de experiência na cardiologia;</p> <p>Défice em qualificação especializada pela equipa de enfermagem;</p> <p>Inexistência de consulta de <i>follow-up</i> de enfermagem/multidisciplinar;</p> <p>Processo burocrático institucional dificulta a implementação do projeto.</p>
Externas	Oportunidades	Ameaças
	<p>Relevante para o exercício da profissão</p>	<p>Inexistência de estudos /projetos nacionais na área</p>

Desta forma, para além das necessidades encontradas, foi nosso objetivo ponderar as forças (*Strengths*) e as fraquezas (*Weaknesses*) internas, respetivamente, os pontos fortes, potencialidades, vantagens e os pontos fracos existentes, de modo a potenciar o que há de positivo e minimizar os aspetos mais débeis. Foram também reconhecidas as oportunidades (*Opportunities*) de intervenção assim como, as ameaças (*Threats*), respetivamente, fatores ou circunstâncias externas favoráveis ou que possam prejudicar a consecução do projeto (Schiefer [et al.], 2007).

Esta análise revelou-se importante porque descultou, alguns aspetos menos positivos a nível interno, para o desenvolvimento do projeto, mas por outro lado, uma vez que os aspetos positivos os superam, o projeto torna-se viável.

5.2.OBJETIVOS

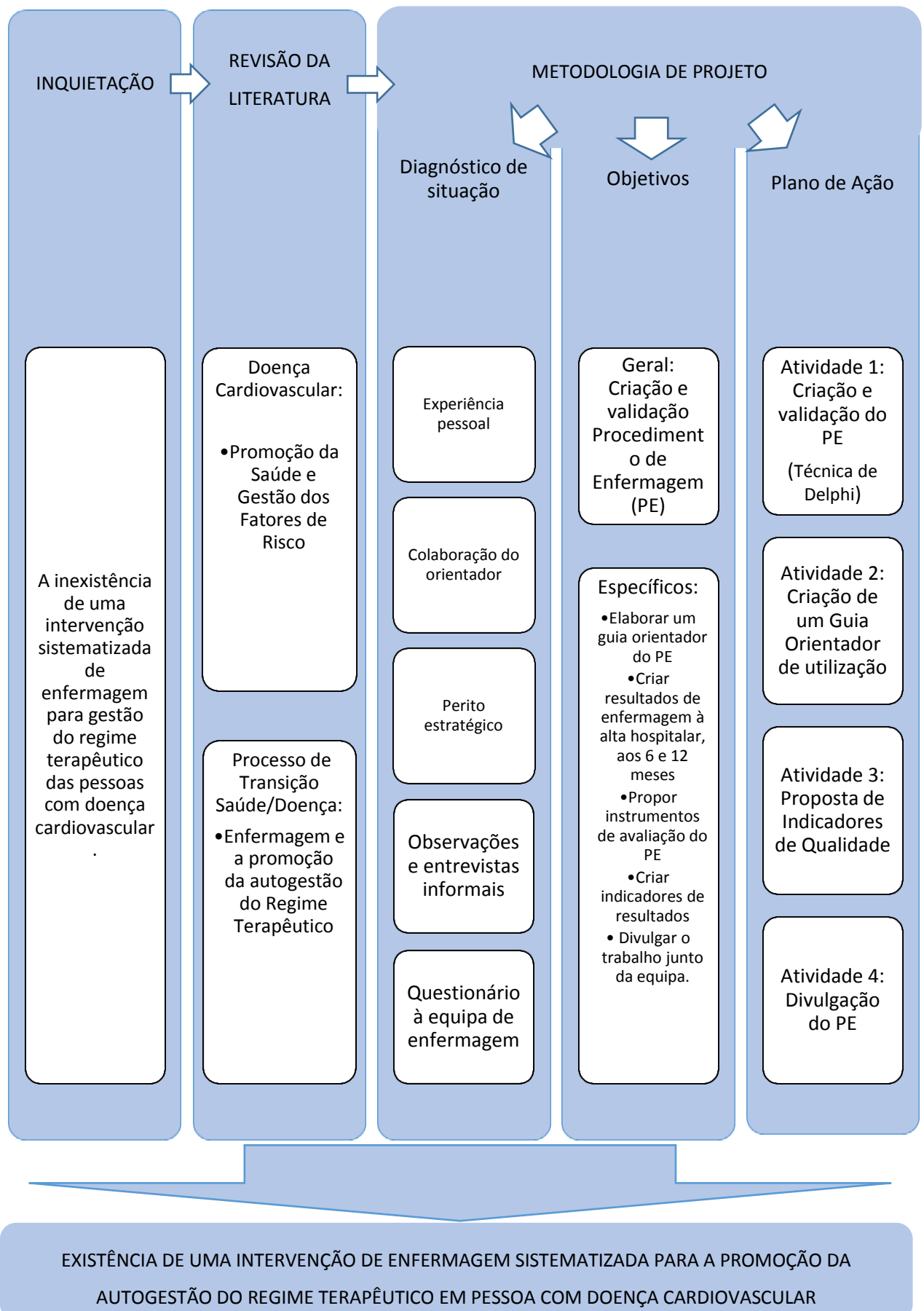
Após a clarificação do problema e análise de necessidades e reconhecimento de possibilidades de intervenção, formulámos os objetivos que orientam o projeto nas suas diferentes fases. Definimos como objetivo geral criar e validar um procedimento de enfermagem para promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular, tendo como objetivos específicos:

- Elaborar um guia orientador de utilização do procedimento de enfermagem;
- Criar resultados de enfermagem à alta hospitalar, aos 6 e 12 meses;
- Propor instrumentos de avaliação periódica do procedimento de enfermagem;
- Criar indicadores de resultados da utilização do procedimento de enfermagem
- Divulgar o trabalho junto da equipa de enfermagem;
- Propor à aprovação da instituição a sua utilização;
- Trabalhar em parceria futura a proposta de criação da consulta de cardiologia multidisciplinar.

Desde já, conscientes e percebendo os possíveis limites deste trabalho, manteremos uma atitude de abertura e flexibilidade para possíveis alterações ao longo do seu desenvolvimento.

A figura 1 apresenta-se em esquema o desenvolvimento do trabalho.

Figura 1 - Desenho do estudo



5.3. PLANEAMENTO DA AÇÃO

O planeamento é a terceira fase do ciclo do projeto que foi efetuado com base no diagnóstico de situação e nos objetivos, onde se apresenta o planeamento de atividades a desenvolver e levantamento de recursos disponíveis (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Para a consecução deste trabalho de projeto, foram pensadas, planeadas e executadas as seguintes atividades:

- Atividade 1 – Criação e Validação do Procedimento de Enfermagem para a Promoção da Autogestão do Regime terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular.
- Atividade 2 – Criação de um Guia Orientador do Procedimento de Enfermagem para a Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular.
- Atividade 3 – Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular – Proposta de Indicadores de Qualidade.
- Atividade 4 – Planeamento da Ação de Divulgação do Procedimento de Enfermagem à Equipa de Enfermagem da Unidade.

Atividade 1 – Criação e Validação do Procedimento de Enfermagem para a Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular

A necessidade de um procedimento de enfermagem para a promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoas com doença cardiovascular, que designaremos de Procedimento de Enfermagem (PE), surge de uma necessidade real sentida e traduzida através do diagnóstico de situação.

Para validar o PE recorreu-se à técnica de Delphi. Esta técnica tem como objetivo a obtenção de um consenso de opinião de um grupo de peritos através da aplicação de questionários estruturados, por meio de validações estruturadas em fases ou rodadas (Capelas, 2013).

A técnica de Delphi é considerada adequada como meio e método de construção de consenso, utilizando uma série de questionários para recolher dados a partir de um painel de indivíduos selecionados, promovendo várias interações/ feedback destinadas a desenvolver um consenso de opiniões. O processo pode ser visualizado com um círculo em que o participante participa através de um questionário que é devolvido ao pesquisador. Este por sua vez é editado e é devolvida uma declaração da posição do grupo. Este processo de feedback é que permite e incentiva os participantes a reavaliar as suas decisões iniciais tendo por base as interações anteriores (Hsu and Sandford, 2007).

A sua utilização está indicada em situações que exista falta de informação acerca do problema em estudo, para a criação de novas ideias (McMillan, King e Tully, 2016), para examinar opiniões ou crenças (Fortin, 2009), ou para estabelecer prioridades num determinado domínio (Fortin, 2009; McMillan, King e Tully, 2016).

Várias são as vantagens que esta apresenta, pois é uma técnica flexível, permitindo múltiplas variações e aplicações, a participação de um grande número de peritos, mesmo que geograficamente distantes (Revorédo, 2015; Iqbal e Papon-Yong, 2009; Silva [et al.], 2009), é acessível e económica (Revorédo, 2015; Iqbal e Papon-Yong, 2009), e garante ainda o anonimato das respostas (McMillan, King e Tully, 2016; Giovinazzo, 2001; Silva [et al.], 2009), aspeto que aliado à ausência de reunião física dos peritos reduz a influência da persuasão, da relutância em abandonar opiniões previamente assumidas e da dominância de peritos supostamente mais influentes sobre a opinião dos outros participantes (Giovinazzo, 2001).

Por sua vez, como desvantagens, temos o longo período de tempo que poderá ser exigido para a sua aplicação (McMillan, King e Tully, 2016; Hsu e Standford, 2007), a possibilidade da taxa de respostas ser baixa, devido às repetidas interações com os peritos, pelos reenvios do questionário (Hsu e Standford, 2007), o facto de as generalizações serem limitadas, pois outro painel poderia ter chegado a diferentes resultados, o método de seleção de peritos poder não ser o mais correto e ainda a possibilidade de poder faltar a riqueza e a profundidade encontrada nos grupos presenciais (Iqbal e Papon-Yong, 2009).

Apesar de existirem vantagens e desvantagens no que respeita à utilização desta técnica, Scarparo [et al.] (2012) referem que as vantagens superam largamente as desvantagens, no entanto, alguns aspetos devem ser considerados aquando da sua aplicação em estudos na área de Enfermagem, entre eles: a seleção dos peritos deve ser realizada de acordo com os objetivos do estudo, com clara definição dos critérios de inclusão no painel de peritos; deve ser efetuado um contacto prévio com os potenciais participantes do estudo, de modo a confirmar a sua intenção de participar no estudo; ter em consideração os graus de abstenção relatado na literatura, aquando da escolha do número de peritos que participarão no estudo; identificar potenciais participantes através da técnica de amostragem em rede ou bola-de-neve; construção de um instrumento de modo criterioso, após revisão adequada da literatura.

Assim, a versão inicial do PE, foi elaborada, tendo por base a revisão de literatura: recomendações das associações nacionais e internacionais para a prevenção da doença cardiovascular, a teoria das Transições de Meleis (2010), a teoria do Autocuidado (Orem, 2001) e a CIPE® (ICN, 2011); experiência pessoal; conversas informais com pares; os resultados obtidos no questionário lançado à equipa de enfermagem, colaboração do orientador e de um perito estratégico. Substituiu-se assim a primeira etapa da técnica de Delphi que, normalmente, consiste numa fase exploratória através do envio de um questionário com questões abertas que permite aos participantes responder livremente (Capelas, 2013).

Percebeu-se pela pesquisa, que a bibliografia disponível nesta área específica não é extensa. Se existe muita informação sobre os fatores de risco e a prevenção da doença cardiovascular, pouco se lê sobre como os enfermeiros, nomeadamente os especialistas em enfermagem Médico-cirúrgica, desenvolvem intervenções promotoras da gestão de um regime terapêutico eficaz em pessoas com doença cardiovascular.

O documento inicial foi composto por 6 itens correspondendo à Avaliação Inicial, Focos de atenção clínica, Intervenções e Resultados de Enfermagem, Estratégias de Implementação e Instrumentos de Avaliação do PE, respetivamente. Os focos da prática clínica e as intervenções de enfermagem organizam-se por 4 dimensões (a consciencialização, o envolvimento, o conhecimento e a capacidade para gerir) referenciadas por Meleis (2010). A consciencialização está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da pessoa sobre a experiência de transição que está a vivenciar, facilitando a mudança, nomeadamente a adesão ao regime terapêutico decorrente do problema de saúde. O envolvimento traduz a ideia de participação ativa e empenhada no processo de transição (gestão do regime terapêutico) decorrente de uma situação crítica de saúde do foro cardiovascular, sendo influenciado pelo conhecimento que cada um detém sobre as implicações da sua transição e pelo empenho do enfermeiro em promover o compromisso. O conhecimento reporta-se à informação terapêutica que detém ou desenvolve sobre as alterações que está a vivenciar ou que ocorram no futuro, favorecendo transições saudáveis. A capacidade para gerir reporta-se ao processo de se adaptar às mudanças decorrentes do problema de saúde, e ajustar-se positivamente à nova condição, conseguindo alcançar um novo equilíbrio. Também foi criado um campo para sugestões/observações

Optámos por sustentar a organização do PE nos pressupostos da teoria das Transições de Meleis (2010). A autora refere que a sua aplicação na descrição das necessidades em cuidados de enfermagem facilita a identificação de padrões, das propriedades, das respostas, dos contextos, dos significados pessoais e dos resultados em saúde, com a finalidade de planear e implementar cuidados de enfermagem efetivos. Desta forma, para a construção do PE foram considerados as propriedades da natureza das transições, pensando em terapêuticas de enfermagem que permitam aumentar a consciencialização, o envolvimento e as mudanças durante as transições, promover a preparação antecipatória e facilitar a aquisição de conhecimento e habilidades para a gestão do regime terapêutico.

Depois da elaboração do instrumento inicial e da opção pela utilização da técnica de Delphi, como método de recolha de dados, a seleção dos participantes, é um passo de extrema importância, uma vez que a perícia na área em estudo é essencial para obter um consenso de ideias ou opiniões especializadas (Scarparo [et al.], 2012. Os participantes foram, portanto, selecionados com base na sua experiência e conhecimentos na área da

doença cardiovascular, de modo a conferir consistência e credibilidade científica ao mesmo.

Várias são as definições de perito. Um perito é “alguém cujo saber e educação num dado campo é reconhecida e, aqui, tanto na perspectiva científica (no sentido mais lato do termo, e convencionalmente adquirida no ensino superior) como na prática (acumulada ao longo da sua experiência profissional” (Nunes, 2010, p. 3).

No âmbito da prática de cuidados de Enfermagem, Benner (2005), refere o termo “perito” para definir o enfermeiro que atingiu o seu desenvolvimento máximo em Enfermagem, sendo um enfermeiro perito definido como alguém com muita experiência e que age de forma intuitiva perante cada situação.

Perante estas definições de perito, surge a questão do tempo necessário para atingir a perícia numa determinada área ou contexto. De acordo com Nunes (2010), se um enfermeiro preencher os requisitos de um enfermeiro perito apontados por Benner (2005) e que detenha três a cinco anos de experiência no mesmo contexto de atuação, pode bem ser considerado como perito no domínio da prática de cuidados.

Para a seleção do painel de peritos, definiram-se como critérios: ser enfermeiro com experiência em cardiologia de pelo menos três anos e que possuísse a Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica ou em Enfermagem de Reabilitação. Optamos por incluir enfermeiros com especialidade em Enfermagem de Reabilitação, uma vez que no panorama nacional muitas vezes a área da reabilitação cardíaca é assumida por estes especialistas, que trabalham em articulação na equipa multidisciplinar.

Neste estudo, a seleção da amostra foi não aleatória, intencional, constituída por indivíduos que correspondessem aos critérios de inclusão (Fortin, 2009), uma vez que a intenção foi selecionar enfermeiros com competência reconhecida na prestação de cuidados à pessoa com doença cardiovascular. Foram contactados, via correio eletrónico, os enfermeiros chefes de vários serviços de cardiologia do país no sentido de referenciar enfermeiros especialistas ou enfermeiros reconhecidos pela sua competência profissional, de serviços de cardiologia internamento, UC e unidades cardiorácica. Os serviços de cardiologia selecionados pertenciam à Rede de Referência para a Via Verde Coronária (VVC), sendo instituições de nível II ou III. A principal característica das instituições de nível II é a existência de Laboratório de Hemodinâmica, atuando como nós da rede de via verde

coronária, para tratamento da fase aguda do enfarte do miocárdio. Por sua vez, as instituições de nível III são centro com Cirurgia Cardíaca (DGS, 2015).

Quanto ao número de peritos, participantes no painel de Delphi, para McMillan, King e Tully (2016), não existem critérios definidos, no entanto, quando o grupo é homogêneo, considera-se que uma amostra entre 10 a 15 participantes é o suficiente para produzir resultados (Skulmoski, Hartman e Krahn, 2007), pois mais importante do que o número de participantes é a qualificação dos mesmos no assunto a ser estudado (Saccaro [et al.], 2012). Sendo assim, os participantes deste estudo consistiram em 15 enfermeiros das regiões norte, centro e sul do país, que responderam aos critérios de inclusão estabelecidos.

Uma vez identificados os potenciais participantes, foi efetuado um contacto prévio com cada um deles, por correio eletrónico, onde foi realizada uma síntese explicativa do estudo, no sentido de ficar a conhecer a sua disponibilidade e interesse para participar no mesmo e ainda para prevenir a sua abstenção. Foram explicados os objetivos, em que consiste a técnica de Delphi e também como se encontraria estruturado o instrumento de recolha de dados.

Após confirmação da intenção de colaborar no estudo, foi enviado um novo correio eletrónico com um convite formal para a sua participação (apêndice B). Neste correio eletrónico individual, constava uma hiperligação de acesso ao consentimento informado (apêndice C), onde o participante teria de selecionar se concordava ou não com a sua participação no estudo, sendo que a sua concordância era condição essencial para novo contacto e possível preenchimento do instrumento de recolha de dados.

Para concretização dos passos mencionados anteriormente, recorreu-se ao aplicativo informático SurveyMonkey, onde se introduziu o documento, permitindo o seu preenchimento e gestão eletrónica. Numa primeira fase foram recolhidos os dados socioprofissionais (apêndice D), sendo posteriormente enviada a versão inicial do PE (apêndice E).

Optou-se pelo recurso à Internet para aplicação da técnica de Delphi (Delphi Online), pela boa aceitação por parte dos participantes em estudos realizados na área de Enfermagem (Saccaro [et al.], 2012).

O número mínimo de rondas de opiniões a realizar é de duas, tendo-se revelado um número suficiente, no entanto, mais rondas de opiniões podem ser realizadas, até que seja atingido consenso estipulado, ou até que o nível de discordância atinja a saturação

(Sacarparo [et al.], 2012; Skulmoski, Hartman e Krahm, 2007). Nos casos em que não exista alteração significativa (de pelo menos 15%) na concordância entre a ronda atual e a anterior, em pelo menos metade dos itens em que o consenso não foi alcançado, não deverão ser realizadas mais rondas (Page [et al.], 2015). Deste modo, neste estudo optou-se pela realização de apenas duas rondas de opiniões.

A literatura indica que o nível de consenso deverá ser estabelecido pelo investigador, não havendo regras definidas para tal (Sacarparo [et al.], 2012) e este deverá ficar definido no início do estudo (McMillan, King e Tully, 2016). De modo a determinar o grau de consenso dos participantes, a estatística mais utilizada inclui medidas de tendência central, tal como a mediana (Md), e medidas de dispersão, tal como o intervalo interquartil (IIQ) (Iqbal e Pipon-Yong, 2009; Hsu e Standford, 2007). Sendo assim, optou-se por um tratamento estatístico descritivo, com recurso aos critérios para determinar o grau de consenso propostos por Capelas (2013), que se baseiam no grau de concordância (soma da percentagem das opções de respostas 4 (Concordo) e 5 (Concordo Completamente), na mediana (Md) e no Intervalo Interquartil (IIQ) (Tabela 4).

Tabela 4 - Critérios para determinar o grau de consenso

Grau de Consenso	Concordância	Md	IIQ
Muito elevado	≥80%	5	0
Elevado	≥80%	≥4	1
Moderado	60-79%	≤4	1
Baixo	<60%	4	>1

Importa, portanto, clarificar os conceitos de Md e IIQ. A Md é o valor que situa no meio de uma fila ordenada de valores, desde o mais baixo ao mais alto. O valor da Md indica que 50% das respostas se encontra abaixo desse valor e os restantes 50% acima desse valor. O IIQ é a diferença entre o 3º quartil (75% da amostra) e o 1º quartil (25% da amostra), ou seja, onde se situam os 50% dos valores centrais. Quanto menor o valor do IIQ, maior é a concentração de opiniões (Capelas, 2013).

Previu-se realizar este tratamento estatístico a todas as afirmações presentes no instrumento inicial, permitindo identificar o grau de consenso dos peritos relativamente a cada uma delas e consequentemente, determinar a sua inclusão ou exclusão na versão final.

Definiu-se para aceitação do consenso (critério de consenso para inclusão) que este teria de ser Elevado ou Muito Elevado (Capelas, 2013; Van Der Steen [et al.], 2014) e seriam excluídas todas as questões que não obtivessem qualquer grau de consenso na primeira ronda (Van Der Steen [et al.], 2014).

Uma vez terminada a 1ª ronda, os dados encontravam-se já em formato digital, e foram exportados para um programa de folha de cálculo Excel, para proceder ao seu tratamento estatístico.

Terminada a análise estatística dos dados da 1ª ronda e o seu confronto com os graus de consenso previamente estipulado, foi elaborado um novo instrumento para envio aos participantes (Apêndice F). Na elaboração do questionário para a 2ª ronda, foram incluídas apenas as questões que obtiveram um grau de consenso moderado ou baixo na 1ª ronda, ou seja, todas as questões que não reuniram os critérios de consenso para inclusão ou exclusão previamente estabelecidos (Van Der Steen [et al.], 2014).

Este instrumento foi acompanhado da informação estatística de cada resposta obtida na 1ª ronda de opiniões. Foi então solicitado a cada participante que analisasse a sua resposta, perante os resultados estatísticos obtidos para cada questão, podendo mantê-la ou alterá-la se assim o considerasse (Scarparo [et al.], 2012; Hsu e Standford, 2007).

Depois de realizada a análise estatística das respostas da 2ª ronda, que permitiu identificar o grau de consenso dos peritos relativamente a cada afirmação apresentada, foi possível determinar quais as questões a ser incluídas e quais as excluídas, o que resultou na versão final da proposta do procedimento de enfermagem para a promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular (Apêndice G).

Evolução e caracterização do painel de peritos

Dos 15 participantes no painel de peritos, a totalidade respondeu ao questionário enviado na 1ª ronda da Técnica de Delphi. Na 2ª ronda, responderam apenas 12, tendo havido uma perda de 20% em relação à amostra inicial (Tabela 5).

Tabela 5 - Evolução de painel de peritos por ronda

Peritos	1ª Ronda		2ª Ronda	
	N	(%)	N	(%)
Enfermeiros	15	100	12	80

Relativamente ao sexo, o painel de peritos inicial foi constituído por 73,3 % de elementos do sexo feminino e 26,7% de elementos do sexo masculino (Tabela 6).

Tabela 6 - Caracterização do painel de peritos quanto ao sexo

Sexo	N	(%)
Feminino	11	73,3
Masculino	4	26,7

Relativamente à idade, variou entre 31 e 50 anos, com uma média de $39,2 \pm 5,6$. A experiência profissional varia entre 8 e 32 anos, sendo a média de $16,8 \pm 6$. Quanto à experiência profissional em cardiologia, critério essencial utilizado na seleção dos peritos, oscilou entre 3 e 23 anos, sendo a média de $11,9, \pm 6,2$. (Tabela 7).

Tabela 7 - Estatística descritiva da idade, da experiência profissional e da experiência profissional em cardiologia, em anos, do painel de peritos

	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	39,2	40	5,6	31	50
Experiência profissional	16,8	16	6	8	32
Experiência em cardiologia	11,9	12	6,2	3	23

Quanto à formação profissional e académica (Tabela 8), 60% dos enfermeiros eram especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, 26,7% em Enfermagem de Reabilitação e 13,3% correspondiam, a um especialista em Enfermagem Comunitária e um enfermeiro sem especialidade, mas reconhecidos pela chefia dos seus serviços como uma mais-valia no que concerne ao acompanhamento da pessoa com doença cardiovascular. Destes

enfermeiros, 33,3% eram detentores de mestrado e 46,7% possuíam uma ou mais formação pós-graduada, em diversas áreas como gestão de serviços, comunicação clínica, enfermagem pré-hospitalar, sociologia da saúde, prevenção e tratamento de feridas e enfermagem do cuidado ao doente crítico.

Tabela 8 - Formação académica do painel de peritos

Formação Académica	N	(%)
Especialidade		
Enfermagem Médico-cirúrgica	9	60
Enfermagem de Reabilitação	4	26,7
Outro	2	13,3
Mestrado	5	33,3
Outra formação pós-graduada	7	46,7

Resultados da 1ª ronda

Neste ponto, são apresentados os resultados obtidos através da aplicação da técnica de Delphi nas duas rondas realizadas.

No sentido de permitir uma melhor estruturação e compreensão, começa-se por apresentar os dados obtidos na 1ª ronda e termina-se com os referentes à 2ª ronda.

Relativamente à *Avaliação Inicial* todos os itens obtiveram Consenso Elevado ou Consenso Muito Elevado, à exceção do 1.13 que obteve Consenso Baixo e 1.2, 1.16 e 1.27 que obtiveram Consenso Moderado (Tabela 9).

Tabela 9 - Avaliação inicial: concordância e graus de consenso

1. Avaliação Inicial	CC (%)	Md	IIQ	CS
1.1 Identificação da (s) pessoa (s) significativa (s)	100	5	0	ME
1.2 Identificação do agregado familiar	60,0	4	1	M
1.3 Tensão arterial, pulso, respiração e dor (escala de dor)	93,3	5	1	E
1.4 Peso corporal e IMC	93,3	5	1	E
1.5 Componente hereditária/Fatores genéticos	93,3	5	1	E
1.6 Hipertensão arterial	93,3	5	0	ME
1.7 Diabetes Mellitus	93,3	5	0	ME
1.8 Dislipidemia (colesterol total, triglicerídeos, LDL e HDL)	93,3	5	1	E
1.9 Apoio social (família, amigos, comunitário) /isolamento social	86,7	5	1	E

1.10 Depressão	80,0	5	1	E
1.11 Percepção do seu stresse psicológico (como se considera no seu dia-a-dia)	93,3	4	1	E
1.12 Estatuto socioeconómico (educação, ocupação, rendimentos)	73,3	4	1,5	B
1.13 Acessibilidade aos serviços de saúde disponíveis	86,7	4	1	E
1.14 Recurso aos serviços de saúde (preocupação com a vigilância da sua saúde)	80,0	4	1	E
1.15 Crenças em saúde (relacionadas com cultura, religião, outras)	66,7	4	1	M
1.16 Consumo de peixe, carne, frutas e legumes	80,0	4	1	E
1.17 Consumo de gorduras saturadas, polinsaturadas, trans, gorduras ómega 3	93,3	4	1	E
1.18 Consumo de sal	93,3	4	1	E
1.19 Consumo de açúcar refinado	86,7	4	1	E
1.20 Consumo de álcool	93,3	5	1	E
1.21 Consumo de tabaco (avaliação pelo teste de Fagestrom)	93,3	5	1	E
1.22 Padrão de sono/repouso	93,3	4	1	E
1.23 Limitações físicas e/ou cognitivas	93,3	5	0	ME
1.24 Tipo de exercício, quantidade e qualidade	86,7	4	1	E
1.25 Conhecimentos prévios sobre a doença cardiovascular	86,7	5	1	E
1.26 Conhecimentos prévios sobre fatores de risco da doença cardiovascular	93,3	4	1	E
1.27 Motivação para alteração de fatores de risco da doença cardiovascular	93,3	5	1	E

Legenda: CC- Concordância; Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; CS- Consenso; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B – Baixo; SGC – Sem Grau de Consenso;

Os *Focos de atenção da prática clínica de Enfermagem* foram agrupados, pelas dimensões, Consciencialização, Envolvimento, Conhecimento e Capacidade para a gestão do regime terapêutico, conforme anteriormente referido, obtendo o grau de Consenso Elevado ou Consenso Muito Elevado, à exceção do ponto 2.2.6 que obteve Consenso Baixo (Tabela 10).

Tabela 10 - *Focos de Enfermagem: concordância e graus de consenso*

2. Focos de Enfermagem	CC (%)	Md	IIQ	CS
2.1 Dimensão Consciencialização				
2.1.1 Consciencialização da necessidade de implementar mudanças	86,7	5	1	E
2.1.2 Consciencialização das vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico;	93,3	5	0	ME
2.1.3 Consciencialização dos recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico	86,7	4	1	E
2.2 Dimensão Envolvimento				

2.2.1 Confiança nas suas capacidades e potencialidades	80,0	4	1	E
2.2.2 Comportamento de procura de saúde	100	5	1	E
2.2.3 Apoio social	86,7	4	1	E
2.2.4 Autoestima	93,3	4	0,5	E
2.2.5 Stresse	86,7	4	1	E
2.2.6 Status social	46,7	3	1	B
2.2.7 Aceitação de apoio	86,7	4	1	E
2.2.8 Vontade de aprender para gerir o regime terapêutico	100	5	0	ME
2.2.9 Aceitação da integração das alterações no quotidiano	100	5	0	ME
2.3 Dimensão Conhecimento				
2.3.1 Conhecimento sobre manifestações (sinais e sintomas) /progressão da doença	93,3	5	0,5	E
2.3.2 Conhecimento sobre atividade física	93,3	5	1	E
2.3.3 Conhecimento sobre regime dietético	93,3	5	0,5	E
2.3.4 Conhecimento sobre regime medicamentoso	100	5	0	ME
2.3.5 Conhecimento sobre consumo de tabaco	93,3	5	0,5	E
2.3.6 Conhecimento sobre controlo do peso	93,3	5	1	E
2.3.8 Conhecimento sobre vigilância em saúde	93,3	5	0	ME
2.4 Dimensão Capacidade de gestão do regime terapêutico				
2.4.1 Aprendizagem sobre as manifestações (sinais e sintomas) /progressão da doença	100	5	0	ME
2.4.2 Aprendizagem sobre atividade física	93,3	5	0,5	E
2.4.3 Aprendizagem sobre regime dietético	93,3	5	0	ME
2.4.4 Aprendizagem sobre regime medicamentoso	100	5	0	ME
2.4.5 Aprendizagem sobre o consumo de tabaco	93,3	5	0,5	E
2.4.6 Aprendizagem sobre controlo de peso	93,3	5	0	ME
2.4.8 Aprendizagem sobre vigilância em saúde	93,3	5	0,5	E

Legenda: CC- Concordância; Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; CS- Consenso; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B – Baixo; SGC – Sem Grau de Consenso;

As *Intervenções de Enfermagem* seguiram a mesma organização dos Focos de Enfermagem, obtendo grau de Consenso Elevado ou Muito Elevado (Tabela 11).

Tabela 11 - *Intervenções de Enfermagem: concordância e graus de consenso*

3. Intervenções de Enfermagem	CC (%)	Md	IIQ	CS
3.1 Dimensão Consciencialização				
3.1.1 Identificar com a pessoa o tempo de sintomatologia e o impacto da doença no quotidiano	86,7	5	1	E
3.1.2 Informar sobre a necessidade de implementar mudanças no quotidiano	93,3	5	1	E
3.1.3 Disponibilizar material de apoio	93,3	4	1	E
3.1.4 Informar sobre limitações físicas associadas à doença	93,3	5	1	E
3.1.5 Informar sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico	93,3	5	0	ME
3.1.6 Informar sobre modalidades do regime terapêutico (dieta, atividade física, medicação, cessação tabágica)	100	5	0	ME

3.1.7 Informar sobre recursos necessários para a gestão eficaz do regime terapêutico	93,3	5	1	E
3.2 Dimensão Envolvimento				
3.2.1 Apoiar no reconhecimento do seu potencial	86,7	5	1	E
3.2.2 Reforçar o reconhecimento do seu potencial	86,7	5	1	E
3.2.3 Apoiar no reconhecimento de recursos externos disponíveis	86,7	5	1	E
3.2.4 Informar sobre estratégias de adaptação	93,3	5	1	E
3.2.5 Informar sobre as vantagens do envolvimento ativo	80,0	5	1	E
3.2.6 Envolver o cliente na tomada de decisão sobre a gestão do regime terapêutico	93,3	5	0	ME
3.2.7 Incentivar a procura de informação	86,7	4	1	E
3.2.8 Negociar estabelecimento de metas realistas para as mudanças	93,3	5	0	ME
3.2.9 Identificar necessidade e desejos em termos de suporte social e/ou outros	93,3	4	1	E
3.3 Dimensão Conhecimento				
3.3.1 Ensinar sobre sinais e sintomas/progressão da doença	93,3	5	0	ME
3.3.2 Ensinar sobre fatores que agravam a doença	93,3	5	0	ME
3.3.3 Ensinar sobre atividade física	93,3	5	0,5	E
3.3.4 Ensinar sobre regime dietético	93,3	5	0	ME
3.3.5 Ensinar sobre regime medicamentoso	93,3	5	0	ME
3.3.6 Ensinar sobre vantagens cessação tabágica	93,3	5	0,5	E
3.3.7 Ensinar sobre o controlo de peso	93,3	5	0	ME
3.3.9 Ensinar sobre vigilância de saúde	93,3	5	0	ME
3.4 Dimensão Capacidade de gestão do regime terapêutico				
3.4.1 Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre sinais e sintomas da doença	93,3	5	0	ME
3.4.2 Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre atividade física	93,3	5	0,5	E
3.4.3 Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre regime dietético	93,3	5	0	ME
3.4.4 Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre regime medicamentoso	93,3	5	0	ME
3.4.5 Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre consumo de tabaco	93,3	5	1	E
3.4.6 Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre controlo de peso	93,3	5	0	ME
3.4.8 Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre vigilância em saúde	93,3	5	0,5	E

Legenda: CC- Concordância; Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; CS- Consenso; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B – Baixo; SGC – Sem Grau de Consenso;

Os *Resultados de Enfermagem* esperados foram definidos a curto prazo, aquando da alta hospitalar, a médio prazo, passados 6 meses e a longo prazo, aos 12 meses após o evento coronário. Obtiveram o grau de Consenso Elevado ou Muito Elevado (Tabela 12).

Tabela 12 - Resultados de Enfermagem: concordância e graus de consenso

4. Resultados de Enfermagem	CC(%)	Md	IIQ	CS
4.1 A curto prazo, demonstra responsabilidade pela mudança de estilos de vida	92,9	5	1	E
4.2 A curto prazo, reconhece a importância do regime atividade física	92,9	5	1	E
4.3 A curto prazo, demonstra conhecimento de princípios básicos da composição da dieta	92,9	5	1	E
4.4 A curto prazo, demonstra conhecimentos sobre sinais e sintomas de alerta da doença cardiovascular	92,9	5	0,75	E
4.5 A curto prazo, demonstra adesão ao regime medicamentoso	92,9	5	0	ME
4.6 A curto prazo, refere compreensão da necessidade de cessação tabágica	92,9	5	0	ME
4.7 A curto prazo, refere cessação tabágica	92,9	5	0	ME
4.8 A curto prazo, demonstra compreensão da necessidade de controlo de tensão arterial	92,9	5	0,75	E
4.9 A curto prazo, demonstra compreensão da necessidade de controlo de peso	92,9	5	0,75	E
4.10 A curto prazo, demonstra adesão ao regime medicamentoso	92,9	5	0	ME
4.11 A médio prazo, refere aumento da atividade física regular	92,9	5	0,75	E
4.12 A médio prazo, refere adesão à dieta adequada	92,9	5	0,75	E
4.13 A médio prazo, mantém adesão ao regime medicamentoso	92,9	5	0,75	E
4.14 A médio prazo, apresenta normalização da tensão arterial em pessoa pré-hipertensas	92,9	5	0,75	E
4.15 A médio prazo, verifica-se uma perda de peso progressiva	92,9	5	0	ME
4.16 A longo prazo, mantém um estilo de vida saudável de acordo com as recomendações emanadas	92,9	5	0	ME
4.17 A longo prazo, integra atividade física regular como normal	92,9	5	0	ME
4.18 A longo prazo, integra regime dietético recomendado como normal	92,9	5	0	ME
4.19 A longo prazo, consegue estabilização de peso na meta estabelecida	92,9	5	0	ME
4.20 A longo prazo, mantém cessação tabágica sendo considerado ex-fumador quando completar pelo menos 12 meses a partir da data de abandono	92,9	5	0	ME
4.20 A longo prazo, mantém níveis alvo de tensão arterial	92,9	5	0	ME
4.21 A longo prazo, mantém níveis alvo de colesterol	92,9	5	1	E

Legenda: CC- Concordância; Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; CS- Consenso; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B – Baixo; SGC – Sem Grau de Consenso;

As *Estratégias de Implementação*, envolvendo as intervenções terapêuticas de enfermagem obtiveram o grau de Consenso Elevado ou Muito Elevado à exceção do ponto 5.5, que

obteve Consenso Moderado. O ponto 5.11 obteve grau de Consenso Baixo/Moderado, no entanto, este competia com o ponto 5.12, pelo que foi automaticamente excluído (Tabela 13).

Tabela 13 - Estratégias de Implementação: concordância e grau de consenso

5. Estratégias de Implementação	CC (%)	Md	IIQ	CS
5.1 Relação interpessoal (disponibilidade, empatia, escuta ativa, relação de confiança e reciprocidade, encorajamento)	92,9	5	0,75	E
5.2 Envolvimento das pessoas significativas	100	5	0	ME
5.3 Entrega de guia orientador/panfletos	85,7	5	0,75	ME
5.4 Sessões de educação para a saúde individualizada	92,9	5	1	E
5.5 Sessões de educação para a saúde em grupo	78,6	4	1	M
5.6 Sessões interativas de partilha de experiências com pares	85,7	5	1	E
5.7 Recurso a meios audiovisuais para as intervenções de educação para a saúde	85,7	4,5	1	E
5.8 Existência de consulta de enfermagem de <i>follow-up</i>	92,9	5	0	ME
5.9 Contactos telefónicos de <i>follow-up</i> para reforço/monitorização das intervenções desenvolvidas	85,7	4	1	E
5.10 Implementação de aplicações tecnológicas (sistema automático de SMS, alertas) de <i>follow-up</i> para reforço das intervenções desenvolvidas	92,9	4	1	E
5.11 Programação de consulta de enfermagem de <i>follow-up</i> : ao 1, 3, 6, 12 meses e contacto telefónico aos 15 dias, 2, 4, 9 meses	71,4	4	1,75	B/M
5.12 Programação de consulta de enfermagem de <i>follow-up</i> : ao 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses e contacto telefónico aos 15 dias, 2, 4, 9, 15, 20 meses	85,7	5	1	E

Legenda: CC- Concordância; Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; CS- Consenso; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B – Baixo; SGC – Sem Grau de Consenso;

Relativo à *Avaliação do PE*, os instrumentos apresentados obtiveram grau de Consenso Baixo quando propostos para avaliação até aos 12 meses e grau de Consenso Moderado/Baixo quando apresentadas até aos 24 meses. Desta forma, os pontos 6.1, 6.3 e 6.5 foram excluídas para a segunda ronda, uma vez que obtiveram consenso inferior aos seus equivalentes, em alternativa (Tabela 14).

Tabela 14 - Avaliação do PE: concordância e graus de consenso

6. Avaliação do PE	CC (%)	Md	IIQ	CS
6.1 Questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Brief) 1, 3, 6, 12 meses	57,1	4	1	B
6.2 Questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Brief) 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses	64,3	4	2	B/M
6.3 Tensão arterial, pulso, peso/IMC e Escala da dor 1, 3,	50,0	3,5	1	B

6, 12 meses				
6.4 Tensão arterial, pulso, peso/ IMC e Escala da dor 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses	71,4	4	1,75	B/M
6.5 Perfil de Saúde de Nottingham 1, 3, 6, 12 meses	57,1	4	1	B
6.6 Perfil de Saúde de Nottingham 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses	64,3	4	2	B/M

Legenda: CC- Concordância; Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; CS- Consenso; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B – Baixo; SGC – Sem Grau de Consenso;

Resultados da 2ª ronda

Apresentados os resultados da 1ª ronda, seguem-se os resultados da 2ª ronda (Tabela 15). Para a 2ª ronda transitam apenas as questões que não obtiveram consenso estipulado previamente, ou seja, consenso Elevado ou Consenso Muito Elevado. Foram excluídas as questões que obtiveram consenso mais baixo em detrimento das suas alternativas equivalentes, nomeadamente: 5.5 Sessões de educação para a saúde em grupo; 5.11 Programação de consulta de enfermagem de *follow-up*: 1, 3, 6, 12 meses e contacto telefónico aos 15 dias, 2, 4 e 9 meses; 6.1 Questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Brief): 1, 3, 6, 12 meses; 6.5 Perfil de Saúde de Nottingham: 1, 3, 6, 12 meses.

Tabela 15- Itens que transitaram para a segunda ronda: concordância e graus de consenso

2ª Ronda	CC (%)	Md	IIQ	CS
1. Avaliação inicial				
1.2 Identificação do agregado familiar	91,7	4	1	E
1.13 Estatuto socioeconómico (educação, ocupação, rendimentos)	83,3	4	1	E
1.16 Crenças em saúde (relacionadas com cultura, religião, outras)	50,0	3,5	1,25	B
2. Focos de Enfermagem				
2.2.6 Status social	91,7	4	0	E
6. Avaliação do PE				
6.2 Questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Brief) 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses	83,3	4	1	E
6.4 Tensão arterial, pulso, peso/ IMC e Escala da dor 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses	83,3	4	0,25	E
6.6 Perfil de Saúde de Nottingham 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses	66,7	4	2	M/B

Legenda: CC- Concordância; Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; CS- Consenso; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B – Baixo; SGC – Sem Grau de Consenso;

No campo referente a sugestões/ observações, não foi apontado qualquer comentário ou sugestão por parte dos peritos participantes no estudo.

No final da análise do julgamento dos peritos, obteve-se um consenso do PE, constante no apêndice G.

Discussão de Resultados

De acordo com os resultados obtidos, pela análise dos dados dos peritos, recorrendo à técnica Delphi, de nesta atividade, segue-se a discussão dos mesmos.

Na 1ª ronda da técnica de Delphi foi enviada ao painel, uma versão inicial do PE, contendo a Avaliação Inicial, Focos de atenção, Intervenções e Resultados de Enfermagem, Estratégias de Implementação e de Avaliação do PE, tendo por base as recomendações para a prevenção da doença cardiovascular apresentadas do Perk e seus colaboradores (2013), os pressupostos da teoria das Transições (Meleis, 2012), do Autocuidado (Orem, 2001) e da CIPE® (ICN, 2011).

Para a construção da Avaliação Inicial de Enfermagem foram apresentados 27 itens. Destes apenas 3 transitaram para a 2ª ronda por não reuniram o grau de consenso exigido, em conformidade com a literatura (Capelas, 2013) nomeadamente, 1.2 Identificação do agregado familiar, 1.13 Estatuto socioeconómico e 1.16 Crenças em saúde, sendo este último excluído da versão final, pois verificou-se uma diminuição de concordância da 1ª para a 2ª ronda, levando a supor que esta questão não iria alcançar o consenso dos peritos, mesmo submetida a mais rondas, como sugerem Page [et al.] (2015).

Segundo Perk (2013), os fatores de risco para a doença cardiovascular modificáveis associam-se ao uso do tabaco, hábitos alimentares, de atividade física e lazer, entre outros, mas também, a fatores psicossociais, como o isolamento social e pouco suporte, stress no trabalho e vida familiar, pelo que a recolha de informação sobre as crenças e significados que as pessoas atribuem à sua saúde deverão ser valorizados. De facto, cada pessoa atribui significado às situações de saúde e doença, de acordo com os valores, as crenças e os desejos que caracterizam a singularidade e projeto de saúde individuais. De acordo com Meleis [et al.] (2010) os significados, que cada um atribui aos acontecimentos que desencadeiam uma transição, influenciados pelas crenças e atitudes culturais, o baixo nível socioeconómico, a experiência de sintomas físicos e psicológicos, as expectativas e os projetos influenciam o processo de transição, e consequentemente a perceção individual de saúde.

Apesar de a literatura demonstrar a importância dos fatores que influenciam uma transição saudável, nomeadamente, as crenças em saúde, os peritos não concordaram com a inclusão desta questão na avaliação inicial do PE. Tal poderá acontecer, por se centrarem nos fatores de risco clássicos que não valorizam tanto os fatores psicossociais

Relativo às questões que obtiveram consenso incluem-se nos fatores de risco apresentados por Perk e seus colaboradores (2013).

Quanto aos itens que constituíram os Focos, as Intervenções e os Resultados de Enfermagem, foram organizados em 4 dimensões: consciencialização, envolvimento, conhecimentos e capacidade de gestão, (Meleis, 2012), tendo reunido na totalidade o consenso estipulado. Apenas foi submetido à 2ª ronda o item 2.2.6 Status social, do Foco associado à dimensão envolvimento, que obteve um aumento de concordância para 91,7%, passando a ser incluído na versão final do PE. O status social pode influenciar a literacia e o acesso aos recursos de saúde, das pessoas com doença cardiovascular, pelo que constitui um foco de atenção da intervenção clínica dos enfermeiros com estes utentes.

Relativamente às ferramentas propostas para monitorizar os contributos do PE na promoção do regime terapêutico em pessoas com patologia cardiovascular, concordamos que existam disponíveis outros instrumentos que sejam tão ou mais ajustados, aspeto que teremos em atenção na continuidade deste trabalho.

Acreditamos que com o uso sistematizado do PE ficam reunidas as condições que ajudará a disponibilização de dados para o desenvolvimento de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, em que a criação da consulta de enfermagem de follow-up potencializará a sua utilização e a melhoria da qualidade dos cuidados.

Atividade 2 – Criação de um Guia Orientador do Procedimento de Enfermagem para a Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular

A prática de cuidados de Enfermagem, baseada na evidência empírica, constitui uma base estruturante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Desta premissa foi desenvolvido o PE, como guia estruturante de boas práticas para a promoção da adesão e gestão do regime terapêutico da pessoa com doença cardiovascular, com recurso ao julgamento de peritos da área, cujo processo de obtenção de consensos foi descrito na atividade 1.

Foi desenvolvido este Guia Orientador, com o propósito de auxiliar a utilização do PE e facilitar a sua implementação pelos enfermeiros na sua prática clínica, através da definição de conceitos, clarificação do procedimento e uniformização da linguagem. A construção deste guia (Apêndice H) teve por base as recomendações nacionais e internacionais para a prevenção da doença cardiovascular (Perk [et al.], 2013), nomeadamente, quanto às estratégias para o controlo dos fatores de risco cardiovascular, assim como aos valores de referência dos mesmos.

Pretende-se, ainda, que este documento constituído por diretrizes de natureza técnica e científica, fundamentado em recomendações nacionais e internacionais e validado por um painel de peritos, seja aprovado pela comissão científica do Hospital e figurar como guia do serviço, no que diz respeito à promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular.

Atividade 3 – Proposta de Indicadores de Qualidade na implementação do Procedimento de Enfermagem

Para existir melhoria de um serviço de saúde deve haver indiscutivelmente avaliação da sua qualidade e, para isso, a utilização da informação produzida deve ser uma etapa essencial de modo a criar indicadores que sustentem a ação. Surge assim o conceito de indicador, como algo que traduz em que situação de saúde se encontra um determinado contexto (Pereira, 2009), ou os resultados visíveis em saúde de práticas de enfermagem, no domínio da educação para a autogestão do regime terapêutico em pessoas com patologia cardiovascular.

A avaliação da qualidade dos cuidados, no exercício profissional de enfermagem, teve o seu início com Florence Nightingale, quando esta identificou o papel de enfermagem na prestação de cuidados de saúde de qualidade e começou a medir os resultados obtidos nos utentes (*ibidem*). A partir do ano de 2005, começou a ser aplicada em Portugal uma iniciativa inovadora do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros – o Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – que tem como principal objetivo, promover a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros

Indicadores são “(...) medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde” (Pereira, 2009).

Os indicadores referentes aos cuidados de enfermagem são marcadores específicos do estado da saúde das pessoas, evidenciando o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população (OE, 2007). A informação contida nesses indicadores tem de ser válida e consistente para a tomada de decisão ao nível da pessoa, do serviço, da instituição ou da região (Paiva, 2014). Estes medem a forma como os enfermeiros concebem, agem e avaliam a sua ação profissional, decorrente da tomada de decisão autónoma. Assim, através da avaliação desses indicadores será possível identificar a necessidade de implementar melhorias na prática dos cuidados de enfermagem; validar a qualidade das práticas exercidas e melhorar a representação social dos enfermeiros para a população.

Todos os enfermeiros têm o dever de melhorar a qualidade dos cuidados e serviços exercendo a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (OE, 2002). Contudo o enfermeiro especialista ao possuir um conhecimento específico de enfermagem

com elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão, tal como é referido no Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010), é um profissional de destaque para o desenvolvimento de projetos de avaliação de indicadores de enfermagem e de melhoria contínua da qualidade. Assim, no sentido de validar todo este trabalho tornou-se um imperativo criar ferramentas para medir esta prática de enfermagem.

Todavia, a definição de indicadores no âmbito da qualidade não é tarefa recente. Um dos pioneiros na temática foi Donabedian (1980). Para o autor, na implementação de um sistema de monitorização de qualidade, os indicadores devem ser de três tipos: de estrutura, que avalia as condições sob as quais os cuidados e serviços são prestados, de processo, que são as atividades que representam os cuidados prestados e de resultado, que se referem às mudanças operadas no estado de saúde das pessoas. Na promoção da qualidade, a estrutura, os processos e os resultados não são elementos autónomos e dissociados, mas estão relacionados entre si.

É com base nesta fundamentação que criamos a seguinte proposta de indicadores para avaliar a qualidade de cuidados prestados com a implementação do PE (Tabela 16).

Tabela 16 – Proposta de indicadores de estrutura, processo e resultado para o PE

INDICADORES DE ESTRUTURA	
N ^a de avaliações iniciais preenchidas Nº de diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem associados ao PE Nº de sessões educativas em grupo mensais, em internamento Nº de sessões educativas em grupo mensais, após alta Nº de <i>follow-up</i> telefónico, após alta Nº de consultas de <i>follow-up</i>	
INDICADORES DE PROCESSO	
Percentagem de utentes a quem foi aplicado o PE no internamento	Nº de utentes com PE/ nº de utentes internados com doença cardiovascular* 100 (num determinado período de tempo)
Percentagem de utentes abrangidos pelo PE em <i>follow-up</i>	Nº de utentes com doença cardiovascular abrangidos pelo PE em <i>follow-up</i> / nº de utentes com doença cardiovascular que tiveram alta* 100 (num determinado período de tempo)
Percentagem de utentes abrangidos por <i>follow-up</i> telefónico	Nº de utentes com doença cardiovascular abrangidos <i>por follow-up</i> telefónico/ nº de utentes com doença cardiovascular que tiveram alta* 100 (num determinado período de tempo)

Percentagem de utentes que frequentaram sessões educativas com pares durante o internamento/ Percentagem de utentes que participaram em mais de uma sessão educativas durante o internamento	Nº de utentes com doença cardiovascular que participaram em sessões com pares durante o internamento; nº utentes com doença cardiovascular que participaram em mais de uma sessão educativas durante o internamento/ nº de utentes internados com doença cardiovascular* 100 (num determinado período de tempo)
Nº de utentes que frequentaram sessões educativas com pares em <i>follow-up</i> / Percentagem de utentes que participaram em mais de uma sessão educativas em <i>follow-up</i>	Nº de utentes com doença cardiovascular que participaram em sessões educativas com pares em <i>follow-up</i> ; nº utentes com doença cardiovascular que participaram em mais de uma sessão educativas em <i>follow-up</i> / nº de utentes com doença cardiovascular* 100 (num determinado período de tempo)
INDICADORES DE RESULTADO	
Controlo de peso: IMC <25Kg/m ² e/ou perímetro abdominal <94 cm nos homens e 80 cm nas mulheres	Nº de utentes com controlo de peso inadequado que passaram para controlo de peso com pelo menos 1 intervenção de enfermagem pelo PE/nº total de utentes com controlo de peso inadequado * 100 (num determinado período de tempo)
Controlo de TA: <140/<90 MmHg em utentes hipertensos; <130/<80 MmHg em utentes hipertensos com DM, insuficiência cardíaca ou doença renal crónica	Nº de utentes com controlo de TA inadequada que passaram para controlo de TA com pelo menos 1 intervenção de enfermagem pelo PE/nº total de utentes com controlo de TA inadequado * 100 (num determinado período de tempo)
Controlo dos lípidos: Colesterol LDL <100 ou 70 mg/dl e Colesterol não HDL <130 ou 100mg/dl	Nº de utentes com controlo de lípidos inadequado que passaram a controlo de lípidos com pelo menos 1 intervenção de enfermagem pelo PE/ nº total de utentes com controlo de lípidos inadequado (num determinado período de tempo)
Controlo da DM: HbA1c <6,5%	Nº de utentes com controlo da diabetes inadequado que passaram a controlo da diabetes com pelo menos 1 intervenção de enfermagem pelo inadequado (num determinado período de tempo)
Cessação tabágica	Nº de utentes com cessação tabágica com pelo menos 1 intervenção de enfermagem pelo PE/nº total de utentes fumadores * 100 (num determinado período de tempo)
Atividade física: Aumento da atividade física, com um mínimo de 30 minutos 3x semana	Nº de utentes sedentários que passaram a praticar exercício físico com pelo menos 1 intervenção de enfermagem pelo PE/nº total de utentes sedentários * 100 (num determinado período de tempo)

Atividade 4 – Planeamento da Ação de Divulgação do PE à Equipa de Enfermagem do serviço de Cardiologia

Todo este projeto surge de uma inquietação real, sentida no seio de uma equipa, sobre a inexistência de uma intervenção sistematizada de enfermagem para promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular.

Numa fase inicial, foram realizadas auscultações informais à equipa, de forma a envolvê-la ativamente neste projeto, complementado o diagnóstico de situação com questionário individual, no sentido de perceber opiniões, perceções, interesse e motivação da mesma, pela problemática.

Nesta fase, impõe-se a necessidade de divulgar os resultados deste trabalho de projeto à equipa de enfermagem do serviço de cardiologia, tendo esta atividade os seguintes objetivos:

- Divulgar os resultados do instrumento de recolha de dados preenchido pela equipa, no diagnóstico de situação.
- Dar a conhecer os instrumentos produzidos (PE; guia orientador do PE; proposta de indicadores de qualidade de enfermagem na promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular);
- Motivar para a implementação/utilização do PE, reforçando as vantagens em ganhos em saúde para o utente e para a qualidade dos cuidados;
- Propor a constituição de grupo de trabalho para a criação da consulta de cardiologia

A apresentação terá como população a equipa envolvida no estudo, numa data que seja conveniente para todos os enfermeiros, em articulação com a colaboração do enfermeiro chefe.

5.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A concretização de um trabalho de investigação, como este trabalho de projeto, implica por parte dos investigadores, o cumprimento de princípios éticos inerentes ao mesmo.

No sentido de ser facultada a autorização para a realização do projeto, foi elaborado um pedido por escrito ao Diretor Clínico e Enfermeiro Chefe do Serviço de Cardiologia da instituição hospitalar (Apêndice I). Depois de confirmadas as anteriores autorizações, foi dirigido um pedido ao Presidente do Conselho de Administração (Apêndice J) e ao Presidente do Conselho de Ética (Apêndice K). A acompanhar o pedido de autorização ao conselho de Ética do Hospital, foi ainda efetuada uma declaração de compromisso de confidencialidade (Apêndice L), bem como, o preenchimento de um requerimento próprio (Apêndice M), onde constavam as principais informações e implicações do estudo. Após a obtenção da aprovação dos pedidos solicitados (Anexo I) partimos para o diagnóstico de situação como primeira etapa do trabalho.

Os princípios éticos nos quais se baseou este projeto assentam em torno do respeito pela dignidade humana, tendo por base: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pela vida privada e confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Neste projeto, foi obtido o consentimento de todos os participantes, que livre e voluntariamente decidiram participar, após informados e esclarecidos dos objetivos do projeto e dos métodos utilizados, bem como das vantagens e inconvenientes da sua participação. Foram ainda informados que poderiam cessar livremente a sua participação em qualquer etapa do projeto, sem qualquer tipo de consequências para o próprio.

A confidencialidade dos dados foi assegurada na medida em que se garantiu que, em caso algum, os dados individuais serão revelados, mesmo se os resultados do projeto forem publicados. No entanto, uma vez que a colheita de dados para a validação do procedimento de enfermagem foi realizada com recurso à técnica de Delphi Online, o anonimato dos participantes torna-se impossível de assegurar em relação ao investigador. No entanto, esta interação garante que os participantes do projeto permanecem anónimos uns para os outros. É uma situação que foi referida por Keeney, Hasson e McKenna, citados por Page [et al.] (2015) como uma situação de

“quasianonimato”, sendo assegurada a confidencialidade e o anonimato pela investigadora na difusão dos resultados.

Todos os participantes deste projeto foram tratados de forma justa e equitativa em todas as fases decorridas. A fim de assegurar este princípio os participantes foram escolhidos com base em critérios pré-definidos, pelo facto de se encontrarem diretamente ligados ao problema de investigação.

Os benefícios e riscos para os participantes foram-lhes comunicados para que pudessem decidir livremente se era do seu interesse participar. Relativamente aos riscos, poderia existir algum desconforto devido ao tempo dedicado a responder ao instrumento de colheita de dados. Sendo assim, pode considerar-se que este projeto respeita este princípio ético, uma vez que os inconvenientes são mínimos e não excedem as vantagens apresentadas. Assim, os participantes estavam conscientes dos inconvenientes antes da sua tomada de decisão em participar no projeto, embora fossem considerados mínimos. O princípio da não maleficência está representado pelo princípio da redução dos inconvenientes (Fortin, 2009).

As potenciais vantagens para os participantes deste projeto relacionam-se com os seus contributos para o avanço do conhecimento na disciplina de enfermagem e eventualmente para a melhoria dos cuidados na promoção da saúde e bem-estar das pessoas após evento cardiovascular, estando consignado o princípio da beneficência (Fortin, 2009).

CONCLUSÃO

O impacto das doenças cardiovasculares na vida das pessoas e nas sociedades é bem conhecido, constituindo uma enorme preocupação em saúde e social. Sabe-se que estes problemas de saúde são sensíveis quer a intervenções dirigidas para a prevenção, quer a intervenções dirigidas para o tratamento, sendo um grande desafio e uma responsabilidade para as pessoas e para os profissionais de saúde, designadamente, os especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, para as políticas de saúde e para a sociedade.

A literatura veio demonstrar que as pessoas com doença cardiovascular beneficiam com a intervenção de enfermagem, que em complementaridade as ajuda a aprender a gerir autónoma e mais eficazmente o seu regime terapêutico, após a alta hospitalar. Deste modo, podemos afirmar que este esforço de compromisso na tomada de decisão para a gestão do processo de saúde/doença, constitui uma área altamente sensível aos cuidados de enfermagem. Mesmo assim, constata-se que existe diferença entre esta filosofia de cuidados, as recomendações de boas práticas e a sua implementação clínica, subsistindo ainda um amplo espaço para melhoria.

Os enfermeiros, pela sua ação educativa e informativa sobre áreas da sua intervenção autónoma, podem promover ganhos em saúde significativos, em conjunto com a pessoa e ou cuidadores, habilitando-os com recursos intrínsecos e extrínsecos facilitadores de processos de transição e de adaptação mais saudáveis.

Neste contexto da promoção de capacidades cognitivas e comportamentais das pessoas para gerirem a sua condição de saúde, os enfermeiros especialistas, nomeadamente, em Enfermagem Médico-cirúrgica têm um papel central na gestão e coordenação dos cuidados. O repto que se lhes coloca é o de encontrar em parceria, soluções que melhor se adequem às necessidades destas pessoas.

Também, para ajudar as pessoas com doença cardiovascular a melhorarem as suas competências para tomarem decisões adequadas quanto à gestão da sua condição de saúde, os enfermeiros necessitam de melhorar os níveis de evidência de diferentes domínios, de modo a ter maior visibilidade da sua ação.

A realização deste trabalho permitiu refletir sobre a problemática em causa e repensar na necessidade de melhor compreender as mudanças na vida das pessoas e os desafios

que se lhes colocam depois de um evento de síndrome coronário agudo. Possibilitou também refletir sobre a importância dos cuidados de enfermagem na preparação do regresso a casa e de acompanhamento após a alta, de modo a capacitá-las para gerir o seu regime terapêutico. A criação da consulta de enfermagem em cardiologia, em colaboração e interdependência de vários profissionais e em articulação com os CSP, permitirá acrescentar valor ao cuidado holístico da pessoa com esta circunstância de saúde.

Apesar da instituição em questão não possuir esta dinâmica de intervenção, foi possível identificar o problema como real e a intervenção como necessária. O importante é dar o primeiro passo, e acreditamos que este estudo de investigação será o motor impulsionador para uma intervenção mais sistemática e contínua, permitindo avaliar os seus resultados, com efeitos visíveis na qualidade de cuidados prestados.

Com a realização deste trabalho projeto foi possível, através do diagnóstico de situação, identificar a necessidade de um procedimento de enfermagem, que orientasse e sistematizasse a ação neste âmbito de cuidados, desde a preparação para a alta hospitalar e o acompanhamento após regresso a casa, sustentado em literatura disponível, como guidelines nacionais e internacionais, teorias de enfermagem (Meleis 2010; Orem, 2001) e em linguagem classificada (ICN, 2011). Permitiu igualmente, a criação e validação do mesmo, com recurso a um painel de peritos.

Como opção metodológica, para chegar a uma versão de consenso do PE recorreu-se ao julgamento de um painel de peritos, analisando-o pela técnica de Delphi, em duas rondas. Para auxiliar na sua implementação foi elaborado um guia orientador e propostos indicadores de avaliação da qualidade dos cuidados.

Concluída a realização deste projeto, importa refletir acerca das limitações e dificuldades do mesmo. Algumas limitações encontram-se relacionadas com o uso da técnica de Delphi, como opção metodológica. Duas das principais desvantagens da sua utilização, e que se assumem à partida como limitações deste projeto, associam-se à não universalidade dos critérios de consenso e com o método utilizado para a seleção dos peritos. Não havendo regras definidas na literatura para estabelecer o nível de consenso, optou-se por basear o consenso em relação a cada item proposto, no grau de concordância, na mediana e no intervalo interquartil, seguindo Capelas (2013). Mesmo assim, apesar de não se poder assumir esta opção como livre de limitações, considera-se que foi uma escolha cautelosa e fundamentada.

Creemos também que o PE encerra limitações em todas as suas componentes, mas a sua organização pelas dimensões consciencialização, envolvimento, conhecimento e capacidade para gerir o processo de mudança preconizadas por Meleis (2010) pareceu-nos interessante.

A seleção dos peritos é considerada um aspeto de extrema importância. Estes foram escolhidos por indicação das chefias de enfermagem, com base na sua formação e reconhecimento da sua competência profissional, de modo a conferir credibilidade e consistência ao trabalho.

Relativo às dificuldades, a maior prendeu-se com o défice de informação específica e sistematizada de enfermagem no cuidado à pessoa com doença cardiovascular, pelo que o procedimento foi desenvolvido de raiz, com base em recomendações europeias e internacionais de âmbito pluridisciplinar para a prevenção da doença cardiovascular complementadas com linguagem de enfermagem.

Outras dificuldades e adversidades relacionaram-se com a limitada experiência pessoal no domínio da investigação e a contingência do tempo para estudos desta natureza. Ao nível pessoal e profissional foi um período extremamente exigente, no entanto, esta limitação foi superada com a motivação e interesse em concluir este trabalho projeto.

Após realizado este percurso fica a vontade de apresentar o estudo à equipa de enfermagem da unidade, de implementar o PE, envolvendo todos os enfermeiros, constituir um grupo para trabalhar no projeto a propor de criação da consulta de enfermagem, numa visão de articulação com a equipa multidisciplinar e que possa complementar o acompanhamento da pessoa com doença cardiovascular.

Acreditamos que com o uso sistematizado do PE, criam-se condições que ajudarão a disponibilização de dados para o desenvolvimento de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, em que a criação da consulta de enfermagem de follow-up potencializará a sua utilização e a melhoria da qualidade dos cuidados.

Finalmente, como contributo para a prática, é propósito primordial que os resultados e a implementação deste trabalho de projeto contribuam para melhorar a (re)orientação e sistematização da práxis dos enfermeiros nesta área de intervenção específica e evidenciar melhoria na qualidade dos cuidados, traduzindo-se em ganhos/benefícios na saúde e qualidade de vida das pessoas após doença cardiovascular.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, C., & LOUREIRO, C. - Aprendizagem por Resolução de Problemas – Uma experiência pluridisciplinar e multicultural. Referência, N.º 5 (2007), p. 7-15.

ABREU-LIMA, Cassiano - Prevalência, Caracterização e distribuição dos principais fatores de risco cardiovascular em Portugal. Uma análise do Estudo AMALIA. Revista Portuguesa de Cardiologia. ISSN 0870-2551. Vol. 30, nº 9 (2011), p.62-63.

ABREU, Wilson Correia - Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais. Coimbra: Formasau, 2008. ISBN 978-972-8485-96-2.

ALM-ROIJER, C. [et al.] - Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. European Journal of Cardiovascular Nursing. Vol 13 (2004), p. 321-330.

ARTINIAN, NT; [et al.] – Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle change for cardiovascular risk factor reeducation in adults: a scientific statement from the American Heart Association Circulation, 2010. ISSN: 0009-7322. Vol. 122, nº 4 (2010), p. 406-441.

BENNER, P. - De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto, 2005. ISBN 989-558-052-5.

BERRA; K. [et al.] - Global cardiovascular disease prevention: a call to action for nursing: the global burden of cardiovascular disease. J Cardiovasc Nurse. Doi: 10.1097. Vol. 26 suppl (2011). S.1-2.

BOUDI, Brian [et al.] - Coronary Artery Atherosclerosis Clinical Presentation. Medscape. Abril, 2015. Avaliable <http://emedicine.medscape.com/article/153647-clinical>. Acedido em 1 junho, 2015.

BOUDI, Brian [et al.] – Risk Factors for Coronary Artery Disease. Novembro, 2015. Avaliable <http://emedicine.medscape.com/article/153647-clinical>. Acedido em 1 agosto, 2016.

BOUTINET, Jean-Pierre – Antropologia de Trabalho de Projeto. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. ISBN 978-972-8329-35-0.

BRISSOS, M. A. - O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22 n.º1 (2004), p. 43-55.

BRITO, Maria Alice Correia de – A reconstrução da autonomia apos um evento gerador de dependência no autocuidado. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de doutoramento.

CAPELAS, Manuel Luís Vila – Indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014. ISBN 978-54-0408-9.

CAPEWELL, Simon; O'FLAHERTY, Martin – Rapid mortality falls after risk-factor change in population. *Liverpool: The Lancet*. Vol. 378, n.º9793 (2001). Doi: 10.1016.p.752-753.

CARVALHO, Amâncio e CARVALHO, Graça - Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4.

CARVALHO, Clecilene - Assistência de enfermagem aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: educação em saúde no grupo HIPERDIA. *E-Scientia*. ISSN: 1984-7688. Vol 5, nº1 (2012), p. 39-46.

CASTRO, Lisete; RICARDO, Maria Manuel – Gerir o trabalho de Projecto. Lisboa: Texto Editora, 1993. ISBN 972-47-0396-7.

CHICK, N., MELEIS, A. - Transitions: a nursing concern. In: Chinn PL. *Nursing research methodology*. Maryland: Aspen. (1986).

CHOW, Clara [et al.] - Association of Diet, Exercise, and Smoking Modification With Risk of Early Cardiovascular Events After Acute Coronary Syndromes. *Circulation*. Doi: 10.1161. Vol 121, nº6 (2010), p. 750-758.

COHEN, Ariel [et al.] - Na Education Program for Risk Factor Management after an Acute Coronary Syndrome: A randomized Clinical Trial. *Journal American Medical Association*. Doi: 10.1001. Vol 174, nº 1 (2013), p 40-48.

COLLIÈRE, M – Cuidar... A primeira arte da Vida. Loures: Lusociência (2003). ISBN:9728383533.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN). - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2011.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES - Reabilitação cardíaca: realidade nacional e recomendações clínicas. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. Alto Comissariado da Saúde, 2009.

CORNUZ J. - Smoking Cessation Interventions in Clinical Practice. Eur J Vasc Endovasc Surg. Doi: 10.1016. vol 34 (2007), p. 397-404.

CRITCHLEY, Julia; CAPEWELL, Simon – Smoking cessation for the secondary prevention of coronary disease. Cochrane Database of Systematic Reviewa. Doi: 10.1002. Issue 2. Art no.CD003041 (2102).

CUNHA, Gilmara H. [et al.]. Diagnósticos de enfermagem segundo a teoria do autocuidado em pacientes com infarto do miocárdio. Aquichan 2018; 18(2): 222-233. Doi: 10.5294/aqui.2018.18.2.9

DICKINSON, HO [et al.] - Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. J Hypertens. Doi: 10.1097. Vol. 24, nº2 (2006), p. 215-233.

DONABEDIAN, A. - An introduction to quality assurance in Health Care. Oxford: University Press, 2003.

DUARTE, Carla – Reabilitação Cardiovascular. Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2009.

DURSTINE, John. [et al.] – Physical activity for the chronically ill and disabled. Sports Med. Doi:10.2165. vol. 30, nº 3 (2000), p. 207-219.

FERREIRA, C.A. – A avaliação na metodologia de trabalho de projecto: uma experiência na formação de professores. Revista Portuguesa de Pedagogia. Coimbra. (2009), p. 143-158.

FERREIRA P. L; MELO, E. - Perceção de saúde e qualidade de vida: validação intercultural do perfil de saúde de Nottingham. Nursing, 1999; 153- Jul/Ago:23-9.

FERREIRA, Rui; ABREU, Ana – Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2009.

FICHTENBERG, CM; GLANTZ, SA – Association of the California Tobacco Control Program with declines in cigarettes consumption and mortality from heart disease. The New England Journal of Medicine. Doi: 10.1056. vol 343 (2000), p.1772-1777.

FIORE MC, [et al.] - Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville MD, U.S. Department of Health and Human Services, 2000.

FORD, Earl [et al.] – Explaining the Decrease in US Deaths from Coronary Disease, 1980-2000. The New England Journal of Medicine. Doi 10.1056. Vol 356 (2007). P.2388-2398.

FORTIN, Marie-Fabienne – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FORTIN, Marie-Fabienne - O Processo de Investigação. Da concepção à realização. Loures: Lusodidacta, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

GIOVINAZZO, Renata A – Modelo de Aplicação de metodologia Delphi pela Internet – vantagens e ressalvas. Administração Online. São Paulo. ISSN 1517-7912; Vol. 2, nº 2 (2001).

HAMM, Christian [et al.] - ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. Doi: 10.1093. Vol 32 (2011), p 2999-3054.

HASLAM, David; JAMES, Philip – Obesity. The Lancet. Doi 10.1016. Vol 366, nº 9492 (2005), p.1197-1209.

HASKELL, WL, [et al.] - A Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease. The Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP). Circulation. Nº89 (1994),p. 975-990.

HENDERSON, Virgínia – The nature of nursing: a definition and its implication for practice, research and education: reflections after 25 years. New York: National League for Nursing Press, 1991.

HO, PM; BRYSON, CL; RUMSFLED, JS – Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*. Doi: 10.1161. Vol 119, nº 23 (2009), p.3028-3035.

HOSPITAL DE BRAGA - Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde Hospital de Braga- 2015. Braga: Hospital de Braga, 2016.

HSU, Chia-Chien;SANDFORD, Brian – The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. *Practical Assessment Research and Evaluation*. ISSN 1531-7714. Vol 12, nº 10 (2007).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. (7 de Janeiro de 2016). Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003725&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2.

IRMAK, Zohre; FESCI, Hatice - Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. *ScienceDirect*. ISSN 0897-1897. Vol 23 (2010), p 147-152.

IQBAL, Susanne; PIPON-YONG, Laura – The Delphi Method. *Methods*. United States. ISSN 1046-2023. Vol 22, nº 7 (2009), p. 598-601.

JOGERST, Kristen [et al.] – Identifying interprofessional global health competencies for 21st-century health professionals. *Annals of global health*. New York. ISSN 2214-9996. Vol. 81, nº 2 (2015), p. 239-247.

KOTSEVA, K. [et al.]; EUROASPIRE Study Group – EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factor and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European Countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. Doi: 10.1097. Vol 16. Nº2 (2009), p.121-137.

KRAUSS, Ronald. [et al.] – AHA Dietary Guidelines: Revision 2000: A Statement for Healthcare Professionals From The Nutrition Committee of the American Heart Association. *Circulation*. Doi 10.1161. vol 102, nº 18 (2000),p 2284-2299.

LEITE, E., MALPIQUE, M., & SANTOS, M. - Trabalho por Projeto: Aprender por projetos de trabalho centrados em problemas. Porto: Edições Afrontamento, 2001.

LEVI, F. [et al.] – Mortality from cardiovascular and cerebrovascular disease in Europe and other áreas of the world: and update. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. Doi: 10.1097. vol 16, nº3 (2009), p.333-350.

LOUREIRO, Isabel e NATÉRCIA, Miranda - Promover a saúde: dos fundamentos à acção. Coimbra: Edições Almedina, 2010. ISBN 978-972-40-4399-9.

LOPES, Helena [et al.] – Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental - Trabalho realizado no âmbito do Despacho nº 9567/2013, de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 10 de Julho, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 139, de 22 de Julho de 2013 (2014).

MACEDO, ME [et al.] – Prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão arterial em Portugal: Estudo PAP. Revista Portuguesa de Cardiologia. Vol 26, nº 1 (2007), p.21-39.

MANCIA, G. [et al.] – Long-term risk of mortality associated with selective and combined elevation in office, home, and ambulatory blood pressure. Hypertension. Doi: 10.1161 Vol 47 (2006), p.846-853.

MANCIA, G. [et al.] - ESH/ ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. ISSN 2159-2219. Vol 34 (2013).

MANY, Erica; GUIMARÃES, Samuel – Como abordar...a metodologia de trabalho de projeto. Perafita: Areal Editores, S. A, 2006. ISBN 978-972-627-912-9.

McMILLAN; Sanas; KING Michelle; TULLY, Mary – How to use the nominal group and Delphi techniques. Int J Clin Pharm. Netherlands. ISSN: 2210-7711. Nº 38 (2016), p. 665-662.

MELEIS, A. [et al.] – Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MELEIS, A. - Theoretical Nursing: development and progress. (5.^a Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health | Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9.

MELEIS, A., TRANGENSTEIN, P. - Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: A. I. Meleis. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MELLO e SILVA, Alberto Manuel – Aterosclerose: doença sistémica com manifestações focais territórios e manifestações clínicas. Revista Fatores de Risco: ISSN. 1646-4834. Nº6 (jul-set) (2007), p.40-45.

MENDES, Miguel - Reabilitação cardíaca após enfarte do miocárdio; uma intervenção fundamental, pouco praticada em Portugal. Revista Portuguesa de Cardiologia. ISSN 0870-2551. Vol 32, nº3 (2013), p.201-203.

MENDONÇA, Lisete – Ensinar e aprender por projetos. Porto: Edições ASA, 2002. ISBN: 978-972-41-2847-4.

MIRZAE, M. [et al.] –Coronary disease epidemic: not all the same. Heart. Doi: 10.1136. Vol.95, nº9 (2009), p 740-746.

MUCHA, L. [et al.] – Meta-analysis of diseases risk associated with smoking, by gender and intensity smoking. Gender Medicine. Doi: 10.1016Vol.3, nº4 (2006), p. 279-291.

NIGHTINGALE, F – Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Loures: Lusociência, 2005.

NATIONAL Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) - Estimate of 10-Year Risk for Coronary Heart Disease Framingham Point Scores. Available at http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/risk_tbl.htm.

NOGUEIRA, J. [et al.] Tradução Portuguesa das Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. Nº39-suplemento (2014). ISSN: 1646-8287.

NUNES, Emilia [et al.] – Cessação tabágica: Programa-tipo de atuação. Lisboa: DGS 2007. (Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009309.pdf>).

NUNES, Lucília – Do perito e do conhecimento em enfermagem. Percursos. Lisboa. ISSN 1646-5067. Nº 17 (2010), p. 3-9.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Edição Portuguesa. ISBN 978-989-96021-1-3. Abril, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (2007).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem, Dezembro, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. 1ª Conferência internacional sobre promoção da saúde, Ottawa. [em linha]. Canadá, Novembro de 1986. [Consultado a 24-05- 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>>.

OREM, Dorothea – Nursing: concepts of practice. St. Louis: Mosby, 2001. 032300864X.

PADILHA, José Miguel SC – Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa, conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2006. Tese de mestrado.

PADILHA, José Miguel SC – Promoção da Gestão do Regime Terapêutico em Clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2013. Tese doutoramento.

PAGE, Amy [et al.] – Prescribing for Australians living with dementia: study protocol using the Delphi technique. BMJOpen. United Kingdom, 2015. ISSN 2044-6055. N° 5.

PAIVA, Abel – Medição de resultados associados à prática especializada. Conferência realizada a 25/01/2015, inserida no 2º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. Coimbra, Portugal (2014).

PERDIGÃO, Carlos - A importância de um estilo de vida saudável em prevenção secundária. Revista Fatores de Risco. Vol 28, Janeiro/Março (2013), p 4-6.

PEREIRA, Filipe – Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN 9789898269065.

PETRONILHO; Fernando Alberto Soares – Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. 1ª Edição. Coimbra: Formasau, 2012. ISBN 978-989-8269-17-1.

PETRONILHO; Fernando Alberto Soares – Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-91-7.

PETRONILHO; Fernando Alberto Soares – Produção de indicadores de qualidade: a enfermagem que queremos evidenciar. Coimbra: Revista Sinais Vitais. ISSN 0872-8844. N° 82 (2009), p. 35-43.

PERK, Joep [et al.] - Recomendações Europeias para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica (versão de 2012): Quinto Grupo de Trabalho Conjunto da European of Cardiology e Outras Sociedades para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica. Revista Portuguesa de Cardiologia. ISSN 0870-2551. Vol.32, N°6 (2013), p. 553.e-553.e77.

PHANEUF, Margot – Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-853-578-3.

PIRES, A. L. O – Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdades de Ciências e Tecnologia, 2002. Tese de Doutoramento

POIRIER, P [et al.] - Obesity and Cardiovascular Disease: Pathophysiology, Evaluation, and Effect of Weight Loss An Update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease From the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. Circulation. Doi: 10.1161. Vol 113 (2006), p. 898-918.

PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde. Doenças cérebro-cardiovasculares em números – 2014. Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2014. ISSN 2183-0681.

PORTUGAL. Direção Geral De Saúde – Hipertensão arterial: definição e classificação. Norma nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013.

PORTUGAL. Direção Geral De Saúde - Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Lisboa (2013).

PORTUGAL. Direção Geral De Saúde - Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2002. Lisboa (2015).

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral dE Saúde - Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, Orientações Programáticas. 2012. Despacho nº 404/2012 do DR nº 10 2ª série de 13 de janeiro, p.1341-1342.

REVELES, A.G and TAKAHSHI, R.T - Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. Revista da Escola de Enfermagem – USP. Vol.41, nº2 (2007), p. 245-250.

REVORÉDO, Luciana da Silva [et al] – o uso da técnica de Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. Arq Ciênc saúde. Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. ISSN 1807-1325. Vol. 22, nº 2 (2015), p. 16-21.

RIGOTTI, Nancy [et al.] – Smoking Cessation Intervention for Hospitalized Smoker: A systematic Review. Arc Intern Med. Doi: 10.10101. Vol 168 (2008), p. 1950-1960.

ROHLFS, I. [et al.] – Relationship of socioeconomic status with cardiovascular risk factor and lifestyle in a Mediterranean population. European Journal of Nutrition. ISSN: 1436-6207. Vol 43, N.º2 (2004), p.77-85.

ROSAMOND, W. [et al.] – Heart disease and stroke statistic 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. Doi: 10.1161. vol 117; n.º4 (2008), p. 25-146.

ROSE, Geoffrey – Sick individuals and Sick population. International Journal of Epidemiology. Doi: 10.1093. Vol 30, nº 3 (2001), p.427-432.

RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida e NUNES, Lucília. – Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. In Revista Percursos nº 15 Janeiro - Março 2010. ISSN 1646-5067.

RYAN, Polly; SAWIN, Kathleen J. - The Individual and Family Self-management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes. Nurs Outlook. Vol. 57, n.º4 (2009), p. 217 – 222.

SCARPARO, Ariane [et al.] – Reflexões sobre o uso da técnica de Delphi em pesquisas na Enfermagem. Rev Rene. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. ISSN 1517-3852. Vol. 13, nº 1 (2012), p. 242-251.

SCOTTISH Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) - Risk Estimation and the Prevention of Cardiovascular Disease: A National Clinical Guideline. Edinburgh: SIGN, 2007. ISBN 1899893997.

SCHUMACHER, Karen L.; MELEIS, A. I. - Transitions: A Central Concept in Nursing. In: A. I. Meleis. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6.

SILVA, Andria Machado [et al.] – Utilização da técnica Delphi On-line para investigação de competências: relato de experiência. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre. ISSN 01026933. Vol. 50, nº 2 (2009), p. 548-551.

SILVA, Maria Dulce de Sousa Ornelas - Educar para o autocuidado num serviço hospitalar. Porto: Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Dissertação de Mestrado

SILVA, Marlene N. – Investigação e Acção na Promoção de Estilos de Vida Activos. Revista Factores de Risco. Nº25, Abril/Junho (2012), p 28-33.

SKULMOSKI, Gregory; HARTMAN, Francis; KRAHN, Jennifer – The Delphi Method for graduate research. Journal of information technology education. United States. ISSN: 1547-9714. Vol. 6 (2007).

TAYLOR, Rachel M [et al.] - Modified international e-Delphi survey to define healthcare professional competencies for working with teenagers and young adults with cancer. BMJ Open. United Kingdom. ISSN 2044-6055. Nº 6 (2016).

TOMEY, A. M. – Virginia Henderson: definição de Enfermagem. In Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de Enfermagem. Loures: Lusociência, 2004.

TUNSTALL-PEDOE, Hugh - MONICA Monograph and Multimedia Sourcebook: World's largest study of heart disease, stroke, risk factors, and population trends 1979-2002. Geneva: World Health Organization and the WHO MONICA Project. 2003. ISBN 9241562234.

US Preventive Services Task Force - Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Washington, DC: US Department of Health & Human Services; 1996.

VAN DER STEEN, Jenny T [et al.] – White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for palliative care. *Palliative Medicine*. United States. ISSN 1096-6218. Vol. 28, nº 3 (2014), p. 197-209.

VAN HOUWELINGEN [et al.] – Competencies required for nursing telehealth activities: A Delphi-study. *Nurse Education Today*. United Kingdom. ISSN: 0260-6917. Nº 39 (2016), p. 50-62.

VAZ SERRA, [et al.] - Estudos psicométricos do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), (2006), p. 41-49-

WARREN, Tatiana [et al.] – Sedentary Behaviors Increase Risk of Cardiovascular Disease Mortality in Men. *Med Sci Sports Exerx*. Doi: 10.1249. vol 42, nº 5 (2010), p 879-885.

WOOD, DA [et al.] – Nurse coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention program (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomized controlled trial. *Lancet*. Doi: 10.1016. Vol 371 (2008), p.1999-2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. 2002. Report No. 916.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: A comprehensive approach. World Health Organization. (2007).

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Standards for Health Promotion in Hospitals. Europe, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - The World Health Report 2000. Obesity – Preventing and Managing the Global Epidemic Geneva, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – 2008-2013 Action Plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases. Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Regional Office for Europe – The prevention and Control of Major Cardiovascular Disease. Report of a Conference. Report no. Euro 8214. World Health Organization, 1973.

ZAGONEL, I. - O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Revista latino-americana enfermagem, 7 (3): 25-32. Ribeirão Preto. (1999) ISSN 0104-1169.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Cara (o) Colega

Este questionário enquadra-se no trabalho de projeto, integrado no âmbito do IV curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, designado “**Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular: Construção de um Procedimento de Enfermagem**” e, tem como principal objetivo, desenvolver um procedimento de enfermagem que permita capacitar a pessoa com doença cardiovascular para a autogestão saudável da sua vida com este problema de saúde.

Dado que este questionário constitui um instrumento fundamental deste trabalho, solicito o seu total preenchimento.

É de toda a conveniência que responda a todas as questões, com o máximo rigor e honestidade, assinalando com um (X), aquela que melhor transmita a sua opinião.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer um dos itens abordados, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal, sincera e concreta, pois só assim *poderemos* conhecer o que pensa sobre o assunto.

Este questionário é de natureza confidencial. O tratamento será efetuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu anonimato é respeitado.

Obrigada pela colaboração,

Olga Gonçalves

PARTE I – CARATERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

1. Sexo:

☐ Masculino ☐ Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Experiência profissional em enfermagem:

☐ Menos de 1 ano

☐ _____ anos (não colocar meses)

4. Experiência profissional em Serviço (s) de Cardiologia:

☐ Menos de 1 ano

☐ _____ anos (não colocar meses)

5. Motivação Profissional

Pouca 1 2 3 4 5 *Muita*

6. Possui alguma Pós-graduação/Especialização?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual _____

PARTE II – QUESTIONÁRIO

1. Na sua opinião a quem compete o acompanhamento da pessoa com doença cardiovascular?

☐ *Cuidados de Saúde Primários*

☐ *Cuidados de Saúde Diferenciados*

☐ *Cuidados de Saúde primários e diferenciados*

2. Quem na equipa multidisciplinar se encontra melhor preparado para capacitar a pessoa com doença cardiovascular, para a gestão saudável da sua saúde e da sua vida, tendo em conta aspetos como as competências, a disponibilidade e a relação interpessoal?

☐ *Médico* ☐ *Enfermeiro*

3. Considera possível um acompanhamento à pessoa com doença cardiovascular, depois da alta hospitalar, apenas pelo enfermeiro, para a gestão do regime terapêutico?

☐ Sim ☐ Não

4. Por quanto tempo se deve estender um procedimento de enfermagem que acompanhe a pessoa com doença cardiovascular?

- ☐ *Apenas durante o internamento*
☐ *Menos de um ano*
☐ *Um ano*
☐ *Mais de um ano*

5. Quantos encontros considera necessários para implementar um procedimento de enfermagem que acompanhe a pessoa com doença cardiovascular, após alta hospitalar?

- ☐ *1-2* ☐ *3-4* ☐ *5-6* ☐ *+6*

6. Na *informação educativa para a saúde* considera que produzem mais efeito sessões isoladas, sessões de grupo ou ambas?

- ☐ *Sessões isoladas* ☐ *Sessões de grupo* ☐ *Sessões isoladas e de grupo*

7. Considera suficiente o que atualmente se faz no seu serviço para capacitar a pessoa para a gestão saudável da sua saúde e da sua vida, após o diagnóstico e internamento por doença cardiovascular?

- ☐ *Sim* ☐ *Não*

8. Na sua opinião, todas as pessoas com doença cardiovascular que têm alta do seu serviço desenvolveram aprendizagens suficientes que lhes permitam a gestão da sua saúde e vida, como por exemplo:

a) *Conhecimentos sobre a doença*

- ☐ *Sim* ☐ *Não*

b) *Gestão do regime medicamentoso*

- ☐ *Sim* ☐ *Não*

c) *Vigilância periódica de saúde*

- ☐ *Sim* ☐ *Não*

d) *Gestão do regime alimentar*

- ☐ *Sim* ☐ *Não*

e) *Gestão da atividade, exercício e lazer*

- ☐ *Sim* ☐ *Não*

Se não, porquê? (escolha apenas o que considera mais decisivo)

- ☐ *Défice de preparação e/ou conhecimentos*
- ☐ *Falta de organização de tempo*
- ☐ *Falta de vontade*
- ☐ *Penso que há necessidade de uma avaliação mais adequada do efeito das intervenções de enfermagem*
- ☐ *Necessidade de um procedimento orientador que sistematize a intervenção na capacitação destas pessoas*

9. Que focos da prática de enfermagem identificaria para estabelecer um plano de intervenções para a preparação do regresso a casa e *follow-up* para a pessoa após doença cardiovascular (selecione apenas 5)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Abuso de tabaco</i> | <input type="checkbox"/> <i>Autoconhecimento</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Aceitação do estado de saúde</i> | <input type="checkbox"/> <i>Autocontrolo</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Adaptação ao estado de saúde</i> | <input type="checkbox"/> <i>Capacidade de gestão de regime</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Adesão ao regime</i> | <input type="checkbox"/> <i>Autoestima</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Ansiedade</i> | <input type="checkbox"/> <i>Cognição Iniciativa</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Aprendizagem</i> | <input type="checkbox"/> <i>Intolerância à atividade</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Conflito de decisões</i> | <input type="checkbox"/> <i>Não adesão ao regime</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Conhecimento sobre saúde</i> | <input type="checkbox"/> <i>Esperança</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Conhecimento sobre regime</i> | <input type="checkbox"/> <i>Volição</i> |

16. A existência de um procedimento de enfermagem é importante para capacitação da pessoa com doença cardiovascular no seu processo de transição.

- ☐ *Concordo totalmente*
- ☐ *Concordo*
- ☐ *Indeciso*
- ☐ *Discordo*
- ☐ *Discordo totalmente*

APÊNDICE B – CONVITE AOS PERITOS

Exmo. (a) Senhor(a) Enfermeiro(a):

Eu, Olga Patrícia Rodrigues Gonçalves, a frequentar o curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio convidá-lo(a) a participar como perito no trabalho projeto intitulado “Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular: Construção de um Procedimento de Enfermagem”, sob a orientação da professora Clementina Sousa.

Este trabalho projeto tem como objetivo principal criar um procedimento de enfermagem que permita promover o autocuidado na gestão dos vários regimes terapêuticos das pessoas com doença cardiovascular após a alta hospitalar. Pretendemos, com este procedimento, promover a autonomia das pessoas na gestão do regime terapêutico após a alta hospitalar; uniformizar práticas de enfermagem num determinado contexto e criar indicadores sensíveis de enfermagem.

Para o efeito vamos recorrer à técnica de Delphi. Esta técnica tem como objetivo a obtenção de consenso de opinião de um grupo de peritos através da aplicação de questionários estruturados, por meio de validações em fases ou rodadas. Deste modo, informamos que após validada a sua aceitação, voltará a ser contactado(a) através do mesmo aplicativo, prevendo-se de duas a três rodadas de opinião.

O questionário para a colheita de dados a utilizar neste trabalho projeto denomina-se de “Construção de um Procedimento de Enfermagem para a Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular” e foi construído com base na pesquisa bibliográfica, experiência profissional, reflexões pessoais e suporte da orientadora.

O interesse em convidá-lo partiu do reconhecimento dos seus saberes e experiência profissional na área em causa.

O presente questionário é composto por perguntas onde deve selecionar o seu grau de concordância com o critério apresentado: 1- Discordo completamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo completamente

A sua participação ocorrerá por meio eletrónico, de forma confidencial.

Caso aceite participar, deverá selecionar na opção “Preencher o formulário”, a hiperligação que aparece no final deste correio eletrónico, altura em que aparecerá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente, será contactado para o preenchimento do instrumento de avaliação, pelo que é de extrema importância o preenchimento do correio eletrónico preferencial para esse contato.

Em qualquer etapa do estudo poderão ser solicitados esclarecimentos através do correio eletrónico goncalves.olg@gmail.com ou contato telefónico 963899092

Grata pela sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Olga Gonçalves

Preencher formulário:

<https://pt.surveymonkey.com/r/ZJJS HQV>

APÊNDICE C – CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento do objetivo da minha participação, como perito, no trabalho de projeto intitulado “Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular: Construção de um Procedimento de Enfermagem”, realizado por Olga Patrícia Rodrigues Gonçalves, no âmbito do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e da forma como vou participar.

Fui esclarecido (a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei.

Fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso de confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou interromper a participação no estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência.

Aceito participar ____

Não aceito participar ____

Caso aceite participar indique correio eletrónico preferencial para o contato

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS: DADOS SOCIOPROFISSIONAIS

Exmo. (a) Senhor(a) Enfermeiro(a):

Na continuidade do trabalho projeto “Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular: Construção de um Procedimento de Enfermagem” venho por este meio solicitar a sua participação no preenchimento do instrumento de avaliação – dados socioprofissionais.

Solicita-se a sua participação até ao dia 15 de outubro, 2017, para posteriormente iniciarmos o instrumento de avaliação - construção de um procedimento.

Caso aceite manter a sua participação, deverá seleccionar a hiperligação “Iniciar questionário”

Grata pela sua colaboração.

Olga Gonçalves

CONSTRUÇÃO DE UM PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

Dados socioprofissionais

Caraterização socioprofissional

1. Idade

2. Sexo

☐ Feminino

☐ Masculino

3. Grau académico

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

4. Especialidade de Enfermagem

☐ Enfermagem Médico-cirúrgica

☐ Enfermagem de Reabilitação

☐ Outro (especifique)

5. Outra formação pós-graduada

☐ Não

☐ Sim

☐ Qual?

6. Anos de experiência profissional

7. Anos de experiência em serviços de cardiologia (internamento, unidades coronárias, cardiotorácica)

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS: PROCEDIMENTO DE
ENFERMAGEM

CONSTRUÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

Exmo. (a) Senhor(a) Enfermeiro(a):

Na continuidade do trabalho projeto “Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular: Construção de um Procedimento de Enfermagem” venho por este meio solicitar a sua participação no preenchimento do seguinte instrumento de recolha de dados.

O presente instrumento de recolha de dados tem por objetivo principal criar um procedimento de enfermagem (PE) que permita promover a gestão do regime terapêutico das pessoas com doença cardiovascular desde a admissão na unidade hospitalar e em continuidade de cuidados, **pelo que o seu contributo é precioso, enquanto perito, para a validação do mesmo.**

Desta forma, o questionário é composto por um conjunto de questões agrupadas em 6 partes: Avaliação Inicial, Focos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem, Resultados de Enfermagem, Estratégias de Implementação do PE e Avaliação do PE.

Os Focos de Atenção e das Intervenções de Enfermagem¹ organizam-se por 4 dimensões²:

- Consciencialização - está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da pessoa sobre a sua experiência de transição que está a vivenciar, facilitando a mudança, nomeadamente a adesão ao regime terapêutico decorrente do problema de saúde.
- Envolvimento - traduz a ideia de participação ativa e empenhada no processo de transição (gestão do regime terapêutico) decorrente de uma situação crítica de saúde do foro cardiovascular, sendo influenciado pelo conhecimento que cada um detém sobre as implicações da sua transição e pelo empenho do enfermeiro em promover o compromisso.

¹ Foco diz respeito a área de atenção relevante para enfermagem; Intervenção de Enfermagem é a ação tomada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a produzir um resultado de Enfermagem. (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, [CIPÉ®], versão 2), (ICN, 2011).

² MELEIS, A., TRANGENSTEIN, P. (2010) - Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: A. I. Meleis. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

- Conhecimento – reporta-se à informação terapêutica que detém ou desenvolve sobre as alterações que está a vivenciar ou ocorram no futuro, favorecendo transições saudáveis.
- Capacidade para gerir – reporta-se ao processo de se adaptar às mudanças decorrentes do problema de saúde, e ajustar-se positivamente à nova condição, conseguindo alcançar um novo equilíbrio.

Por favor, para cada alínea selecione o círculo, de acordo com o seu grau de concordância com o critério apresentado: 1- Discordo completamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo completamente.

Caso aceite manter a sua participação, deverá selecionar a hiperligação “Iniciar questionário”.

Grata pela sua colaboração.

Olga Gonçalves.

PARTE 1 – Avaliação Inicial de Enfermagem

1- Para a promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular a **Avaliação Inicial** deve incluir:

	1	2	3	4	5
1.1 Identificação da (s) pessoa (s) significativa (s)					
1.2 Identificação do agregado familiar					
1.3 Tensão arterial, pulso, respiração e dor (escala de dor)					
1.4 Peso corporal e IMC					
1.5 Componente hereditária/Fatores genéticos					
1.6 Hipertensão arterial					
1.7 Diabetes Mellitus					
1.8 Dislipidemia (colesterol total, triglicerídeos, LDL e HDL)					
1.9 Apoio social (família, amigos, comunitário) /isolamento social					
1.10 Depressão					
1.11 Perceção do seu stresse psicológico (como se considera no seu dia-a-dia)					
1.12 Estatuto socioeconómico (educação, ocupação, rendimentos)					
1.13 Acessibilidade aos serviços de saúde disponíveis					
1.14 Recurso aos serviços de saúde (preocupação com a vigilância da sua saúde)					
1.15 Crenças em saúde (relacionadas com cultura, religião, outras)					
1.16 Consumo de peixe, carne, frutas e legumes					
1.17 Consumo de gorduras saturadas, polinsaturadas, trans, gorduras ómega 3					
1.18 Consumo de sal					
1.19 Consumo de açúcar refinado					
1.20 Consumo de álcool					
1.21 Consumo de tabaco (avaliação pelo teste de Fagestrom)					
1.22 Padrão de sono/repouso					
1.23 Limitações físicas e/ou cognitivas					
1.24 Tipo de exercício, quantidade e qualidade					
1.25 Conhecimentos prévios sobre a doença cardiovascular					
1.26 Conhecimentos prévios sobre fatores de risco da doença cardiovascular					
1.27 Motivação para alteração de fatores de risco da doença cardiovascular					

OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES

PARTE 2 - Focos de Enfermagem

1- Para a **dimensão Consciencialização** do regime terapêutico quais os **Focos de Enfermagem** que considera pertinentes:

	1	2	3	4	5
2.1.1 Consciencialização da necessidade de implementar mudanças					
2.1.2 Consciencialização das vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico;					
2.1.3 Consciencialização dos recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico					
OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES					

2 - Para a **dimensão Envolvimento na gestão do regime terapêutico**, quais os **Focos de Enfermagem** que considera pertinentes:

	1	2	3	4	5
2.2.1 Confiança nas suas capacidades e potencialidades					
2.2.2 Comportamento de procura de saúde					
2.2.3 Apoio social					
2.2.4 Autoestima					
2.2.5 Stresse					
2.2.6 Status social					
2.2.7 Aceitação de apoio					
2.2.8 Vontade de aprender para gerir o regime terapêutico					
2.2.9 Aceitação da integração das alterações no quotidiano					
OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES					

3- Para a **dimensão Conhecimento para a gestão do regime terapêutico**, quais os **Focos de Enfermagem** que considera pertinentes:

	1	2	3	4	5
2.3.1 Conhecimento sobre manifestações (sinais e sintomas) /progressão da doença					
2.3.2 Conhecimento sobre atividade física					
2.3.3 Conhecimento sobre regime dietético					
2.3.4 Conhecimento sobre regime medicamentoso					
2.3.5 Conhecimento sobre consumo de tabaco					
2.3.6 Conhecimento sobre controlo do peso					

2.3.7 Conhecimento sobre vigilância em saúde					
OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES					

4 - Para a dimensão **Capacidade para a gestão do regime terapêutico**, quais os **Focos de Enfermagem** que considera pertinentes:

	1	2	3	4	5
2.4.1 Aprendizagem sobre as manifestações (sinais e sintomas) /progressão da doença					
2.4.2 Aprendizagem sobre atividade física					
2.4.3 Aprendizagem sobre regime dietético					
2.4.4 Aprendizagem sobre regime medicamentoso					
2.4.5 Aprendizagem sobre o consumo de tabaco					
2.4.6 Aprendizagem sobre controlo de peso					
2.4.7 Aprendizagem sobre vigilância em saúde					
OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES					

PARTE 3 - Intervenções de Enfermagem

1 - Para a **dimensão Consciencialização** do regime terapêutico, quais as **intervenções de enfermagem** que considera pertinente:

	1	2	3	4	5
3.1.1 Identificar com a pessoa o tempo de sintomatologia e o impacto da doença no quotidiano					
3.1.2 Informar sobre a necessidade de implementar mudanças no quotidiano					
3.1.3 Disponibilizar material de apoio					
3.1.4 Informar sobre limitações físicas associadas à doença					
3.1.5 Informar sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico					
3.1.6 Informar sobre modalidades do regime terapêutico (dieta, atividade física, medicação, cessação tabágica)					
3.1.7 Informar sobre recursos necessários para a gestão eficaz do regime terapêutico					
OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES					

2 - Para a **dimensão Envolvimento** na gestão do regime terapêutico, quais as **intervenções de enfermagem** que considera pertinente:

	1	2	3	4	5
3.2.1 Apoiar no reconhecimento do seu potencial					
3.2.2 Reforçar o reconhecimento do seu potencial					

3.2.3 Apoiar no reconhecimento de recursos externos disponíveis					
3.2.4 Informar sobre estratégias de adaptação					
3.2.5 Informar sobre as vantagens do envolvimento ativo					
3.2.6 Envolver o cliente na tomada de decisão sobre a gestão do regime terapêutico					
3.2.7 Incentivar a procura de informação					
3.2.8 Negociar estabelecimento de metas realistas para as mudanças esperadas					
3.2.9 Identificar necessidade e desejos em termos de suporte social e/ou outros					
OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES					

3 - Para a **dimensão Conhecimento** para a gestão do regime terapêutico, quais as **intervenções de enfermagem** que considera pertinente

	1	2	3	4	5
3.3.1 Ensinar sobre sinais e sintomas/progressão da doença					
3.3.2 Ensinar sobre fatores que agravam a doença					
3.3.3 Ensinar sobre atividade física					
3.3.4 Ensinar sobre regime dietético					
3.3.5 Ensinar sobre regime medicamentoso					
3.3.6 Ensinar sobre vantagens cessação tabágica					
3.3.7 Ensinar sobre o controlo de peso					
3.3.8 Ensinar sobre vigilância de saúde					
OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES					

4- Para a **dimensão Capacidade** para a gestão do regime terapêutico, quais as **intervenções de enfermagem** que considera pertinente:

	1	2	3	4	5
3.4.1 Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre sinais e sintomas da doença					
3.4.2 Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre atividade física					
3.4.3 Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre regime dietético					
3.4.4 Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre regime medicamentoso					
3.4.5 Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre consumo de tabaco					
3.4.6 Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre controlo de peso					
3.4.7 Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre					

vigilância em saúde					
OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES					

PARTE 4 – Resultados de Enfermagem

1- Como **Resultados sensíveis** à implementação do procedimento de enfermagem considera pertinentes

	1	2	3	4	5
4.1 A curto prazo ³ , demonstra responsabilidade pela mudança de estilos de vida					
4.2 A curto prazo, reconhece a importância do regime atividade física					
4.3 A curto prazo, demonstra conhecimento de princípios básicos da composição da dieta					
4.4 A curto prazo, demonstra conhecimentos sobre sinais e sintomas de alerta da doença cardiovascular					
4.5 A curto prazo, demonstra adesão ao regime medicamentoso					
4.6 A curto prazo, refere compreensão da necessidade de cessação tabágica					
4.7 A curto prazo, refere cessação tabágica					
4.8 A curto prazo, demonstra compreensão da necessidade de controlo de tensão arterial					
4.9 A curto prazo, demonstra compreensão da necessidade de controlo de peso					
4.10 A curto prazo, demonstra compreensão do regime medicamentoso					
4.11 A médio prazo ⁴ , refere aumento da atividade física regular					
4.12 A médio prazo, refere adesão à dieta adequada					
4.13 A médio prazo, mantém adesão ao regime medicamentoso					
4.14 A médio prazo, apresenta normalização da tensão arterial em pessoa pré-hipertensas					
4.15 A médio prazo, verifica-se uma perda de peso progressiva					
4.16 A longo prazo ⁵ , mantém um estilo de vida saudável de acordo com as recomendações emanadas					
4.17 A longo prazo, integra atividade física regular como normal					
4.18 A longo prazo, integra regime dietético recomendado como normal					
4.19 A longo prazo, consegue estabilização de peso na meta estabelecida					
4.20 A longo prazo, mantém cessação tabágica sendo considerado ex-fumador quando completar pelo menos					

³ Na alta hospitalar

⁴ Aos 6 meses

⁵ Aos 12 meses

12 meses a partir da data de abandono					
4.20 A longo prazo, mantém níveis alvo de tensão arterial					
4.21 A longo prazo, mantém níveis alvo de colesterol					
OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES					

PARTE 5 – Estratégias para implementação do Procedimento de Enfermagem

1- Como **estratégias** para implementar o procedimento de enfermagem considera pertinente

	1	2	3	4	5
5.1 Relação interpessoal (disponibilidade, empatia, escuta ativa, relação de confiança e reciprocidade, encorajamento)					
5.2 Envolvimento das pessoas significativas					
5.3 Entrega de guia orientador/panfletos					
5.4 Sessões de educação para a saúde individualizada					
5.5 Sessões de educação para a saúde em grupo					
5.6 Sessões interativas de partilha de experiências com pares					
5.7 Recurso a meios audiovisuais para as intervenções de educação para a saúde					
5.8 Existência de consulta de enfermagem de <i>follow-up</i>					
5.9 Contacto telefónico de <i>follow-up</i> para reforço/monitorização das intervenções desenvolvidas					
5.10 Implementação de aplicações tecnológicas (sistema automático de SMS, alertas) de <i>follow-up</i> para reforço das intervenções desenvolvidas					
5.11 Programação de consulta de enfermagem de <i>follow-up</i> ao 1, 3, 6 e 12 meses e contacto telefónico aos 15 dias, 2, 4 e 9 meses.					
5.12 Programação de consulta de enfermagem de <i>follow-up</i> ao 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses e contacto telefónico aos 15 dias, 2, 4, 9, 15 e 20 meses					
OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES					

PARTE 6 – Avaliação do Procedimento de Enfermagem

1. Qual a periodicidade da avaliação do procedimento de enfermagem que considera mais adequada

Instrumentos	Avaliação	1	2	3	4	5
6.1 Questionário World Health Organization Quality of Life	1, 3, 6 e 12 meses					

(WHOQOL – Brief) ⁶						
6.2 Questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Brief)	1, 3, 6, 12, 18, 24 meses					
6.3 Tensão arterial, pulso, peso/IMC e Escala da dor ⁷	1, 3, 6 e 12 meses					
6.4 Tensão arterial, pulso, peso/ IMC e Escala da dor	1, 3, 6, 12, 18, 24 meses					
6.5 Perfil de Saúde de Nottingham ⁸	1, 3, 6 e 12 meses					
6.6 Perfil de Saúde de Nottingham	1, 3, 6, 12, 18, 24 meses					
OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES						

⁶ Vaz Serra, [et al.], (2006). Estudos psicométricos do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49

⁷ DGS. Circular Normativa nº9, 14/06/2003

⁸ Ferreira P. L; Melo, E. Perceção de saúde e qualidade de vida: validação intercultural do perfil de saúde de Nottingham. *Nursing*, 1999; 153- Jul/Ago:23-9.

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS: 2ª RONDA

CONSTRUÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR – 2ª RONDA

Exmo. (a) Senhor(a) Enfermeiro(a):

Na continuidade do trabalho projeto “Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular: Construção de um Procedimento de Enfermagem” e após análise dos dados obtidos venho por este meio solicitar a sua participação na 2ª ronda da técnica de Delphi.

Os resultados da 1ª ronda, na qual aceitou participar, encontram-se disponíveis em anexo neste correio eletrónico.

Para a 2ª ronda transitam apenas as questões que não obtiveram consenso estipulado previamente, ou seja consenso Elevado ou Consenso Muito Elevado. Foram excluídas as questões que obtiveram consenso mais baixo em detrimento das suas equivalentes, nomeadamente:

- 5.5 Sessões de educação para a saúde em grupo;
- 5.11 Programação de consulta de enfermagem de *follow-up*: 1, 3, 6 e 12 meses e contacto telefónico aos 15 dias, 2, 4 e 9 meses;
- 6.1 Questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Brief): 1, 3, 6 e 12 meses;
- 6.3 Tensão arterial, pulso, peso/IMC e Escala da dor: 1, 3, 6 e 12 meses;
- 6.5 Perfil de Saúde de Nottingham: 1, 3, 6 e 12 meses.

Os critérios para determinar o grau de consenso baseiam-se no grau de concordância (soma da percentagem de respostas 4 (Concordo) e 5 (Concordo Muito)), na mediana (Md) e no intervalo interquartil (IIQ):

- Consenso Muito Elevado: Concordância $\geq 80\%$; Md 5; IIQ 0
- Consenso Elevado: Concordância $\geq 80\%$; Md ≥ 4 ; IIQ 1
- Consenso Moderado: Concordância 60-79%; Md ≤ 4 ; IIQ 1
- Consenso Baixo: Concordância $< 60\%$; Md 4; IIQ > 1

Assim, solicito que analise a sua resposta para as questões que obtiveram Consenso Moderado, Consenso Moderado/Baixo ou Consenso Baixo, como resultado da primeira etapa, podendo altera-la ou mantê-la se assim o considerar.

Para tornar mais claro o que se pretende alterara-se a questão:

- 1.13 Estatuto socioeconómico (educação, ocupação, rendimentos) para 1.13 Estatuto socioeconómico (escolaridade, ocupação profissional)

Caso aceite manter a sua participação, deverá selecionar a opção “Iniciar Questionário” que aparece no final deste correio eletrónico. Logo após este passo será encaminhado para o instrumento de avaliação a preencher.

Grata pela sua colaboração.

Olga Gonçalves

O presente questionário é composto por 8 questões (alíneas). Por favor, para cada alínea selecione o círculo, de acordo com o seu grau de concordância com o critério apresentado: 1- Discordo completamente; 2- Discordo; 3- Não Concordo Nem Discordo; 4- Concordo; 5- Concordo completamente.

PARTE 1 – Avaliação Inicial de Enfermagem

1. Para a promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular a **Avaliação Inicial** deve incluir:

	1	2	3	4	5
1.2 Identificação do agregado familiar 1-Discordo Completamente 0 (0%) 2-Discordo 2 (13,3%) 3-Não Concordo Nem Discordo 4 (26,7%) 4- Concordo 6 (40%) 5- Concordo Completamente 3 (20%)					
1.13 Estatuto socioeconómico (escolaridade, ocupação profissional) 1-Discordo Completamente 0 (0%) 2-Discordo 0 (0%) 3-Não Concordo Nem Discordo 4 (26,7%) 4- Concordo 6 (40%) 5- Concordo Completamente 5 (33,3%)					
1.16 Crenças em saúde (relacionadas com cultura, religião, outras) 1-Discordo Completamente 0 (0%) 2-Discordo 0 (0%) 3-Não Concordo Nem Discordo 5 (33,3%) 4- Concordo 7 (46,7%) 5- Concordo Completamente 3 (20%)					

PARTE 2 - Focos de Enfermagem

2 - Para a **dimensão Envolvimento na gestão do regime terapêutico**, quais os **Focos de Enfermagem** que considera pertinentes:

	1	2	3	4	5
2.2.6. Status social 1-Discordo Completamente 1 (6,7%) 2-Discordo 0 (0%) 3-Não Concordo Nem Discordo 7 (46,7%) 4- Concordo 6 (40%) 5- Concordo Completamente 1 (6,7%)					

PARTE 6 – Avaliação do Procedimento de Enfermagem

Qual a periodicidade da avaliação do procedimento de enfermagem que considera mais adequada

Instrumentos	Avaliação	1	2	3	4	5
6.2 Questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Brief) 1-Discordo Completamente 1 (7,1%) 2-Discordo 0 (0%) 3-Não Concordo Nem Discordo 4 (28,6%) 4- Concordo 4 (28,6%) 5- Concordo Completamente 5 (35,7%)	1, 3, 6, 12, 18, 24 meses					
6.4 Tensão arterial, pulso, peso/ IMC e Escala da dor 1-Discordo Completamente 2 (14,3%) 2-Discordo 0 (0%) 3-Não Concordo Nem Discordo 2 (14,3%) 4- Concordo 5 (35,7%) 5- Concordo Completamente 5 (35,7%)	1, 3, 6, 12, 18, 24 meses					
6.6 Perfil de Saúde de Nottingham 1-Discordo Completamente 1 (7,1%) 2-Discordo 1 (7,1%) 3-Não Concordo Nem Discordo 3 (21,4%) 4- Concordo 4 (28,6%) 5- Concordo Completamente 5 (35,7%)	1, 3, 6, 12, 18, 24 meses					

APÊNDICE G – VERSÃO DE CONSENSO

Avaliação inicial	Dimensão	Focos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Tensão arterial, pulso, respiração e dor (escala de dor) Peso corporal e IMC Componente hereditária/Fatores genéticos Hipertensão arterial Diabetes Mellitus Dislipidemia (colesterol total, triglicerídeos, LDL e HDL) Identificação da (s) pessoa (s) significativa (s) / agregado familiar Apoio social (família, amigos, comunitário) /isolamento social Depressão Perceção do seu stresse psicológico (como se considera no seu dia-a-dia) Padrão de sono/repouso Estatuto socioeconómico (educação, ocupação, rendimentos) Acessibilidade aos serviços de saúde disponíveis Consumo de peixe, carne, frutas e legumes Consumo de gorduras saturadas, polinsaturadas, trans, gorduras ómega 3 Consumo de sal Consumo de açúcar refinado Consumo de álcool Consumo de tabaco (avaliação pelo teste de Fagstrom) Limitações físicas e/ou cognitivas Tipo de exercício, quantidade e qualidade Conhecimentos prévios sobre a doença cardiovascular Conhecimentos prévios sobre fatores de risco da doença cardiovascular Motivação para alteração de fatores de risco da doença cardiovascular Recurso aos serviços de saúde (preocupação com a vigilância da sua saúde)</p>	Consciencialização	<p>Consciencialização da necessidade de implementar mudanças Consciencialização das vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico Consciencialização dos recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico</p>	<p>Identificar com a pessoa o tempo de sintomatologia e o impacto da doença no quotidiano Informar sobre a necessidade de implementar mudanças no quotidiano Disponibilizar material de apoio Informar sobre limitações físicas associadas à doença Informar sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico Informar sobre modalidades do regime terapêutico (dieta, atividade física, medicação, cessação tabágica) Informar sobre recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico</p>
	Envolvimento	<p>Confiança nas suas capacidades e potencialidades Comportamento de procura de saúde Apoio social Autoestima Stresse Aceitação de apoio Vontade de aprender para gerir o regime terapêutico Aceitação da integração das alterações no quotidiano</p>	<p>Apoiar no reconhecimento do seu potencial Reforçar o reconhecimento do seu potencial Apoiar no reconhecimento de recursos externos disponíveis Informar sobre estratégias de adaptação Informar sobre as vantagens do envolvimento ativo Envolver o cliente na tomada de decisão sobre a gestão do regime terapêutico Incentivar a procura de informação Negociar estabelecimento de metas realistas para as mudanças esperadas Identificar necessidade e desejos em termos de suporte social e/ou outros</p>
	Conhecimento	<p>Conhecimento sobre manifestações (sinais e sintomas) /progressão da doença Conhecimento sobre atividade física Conhecimento sobre regime dietético Conhecimento sobre regime medicamentoso Conhecimento sobre consumo de tabaco Conhecimento sobre controlo do peso Conhecimento sobre vigilância em saúde</p>	<p>Ensinar sobre a manifestação (sinais e sintomas) /progressão da doença Ensinar sobre fatores que agravam a doença Ensinar sobre atividade física Ensinar sobre regime dietético Ensinar sobre regime medicamentoso Ensinar sobre vantagens da cessação tabágica Ensinar sobre o controlo de peso Ensinar sobre vigilância de saúde</p>
	Capacidade para gestão	<p>Aprendizagem sobre as manifestações (sinais e sintomas) /progressão da doença Aprendizagem sobre atividade física Aprendizagem sobre regime dietético Aprendizagem sobre regime medicamentoso Aprendizagem sobre o consumo de tabaco Aprendizagem sobre controlo de peso Aprendizagem sobre vigilância em saúde</p>	<p>Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre manifestações (sinais e sintomas) / progressão da doença Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre atividade-física Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre regime dietético Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre regime medicamentoso Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre consumo de tabaco Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre controlo de peso Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre vigilância em saúde</p>

Resultados de Enfermagem		
A curto prazo (na alta hospitalar)	A médio prazo (6 meses)	A longo prazo (12 meses)
Demonstra responsabilidade pela mudança de estilos de vida Reconhece a importância do regime atividade física Demonstra conhecimento de princípios básicos da composição da dieta Demonstra compreensão do regime medicamentoso Demonstra adesão ao regime medicamentoso Refere compreensão da necessidade de cessação tabágica Refere cessação tabágica Demonstra compreensão da necessidade de controlo de tensão arterial Demonstra compreensão da necessidade de controlo de peso Demonstra conhecimentos sobre sinais e sintomas de alerta da doença cardiovascular	Refere aumento da atividade física regular Refere adesão à dieta adequada Mantém adesão ao regime medicamentoso Apresenta normalização da tensão arterial em pessoa pré-hipertensas Verifica-se uma perda de peso progressiva	Mantém um estilo de vida saudável de acordo com as recomendações emanadas Integra atividade física regular como normal Integra regime dietético recomendado como normal Consegue estabilização de peso na meta estabelecida Mantém cessação tabágica sendo considerado ex-fumador quando completar pelo menos 12 meses a partir da data de abandono Mantém níveis alvo de tensão arterial Mantém níveis alvo de colesterol

Estratégias de implementação	Instrumentos de Avaliação do PE
Relação interpessoal (disponibilidade, empatia, escuta ativa, relação de confiança e reciprocidade, encorajamento) Envolvimento das pessoas significativas Entrega de guia orientador/panfletos Sessões de educação para a saúde individualizada Sessões interativas de partilha de experiências com pares Recurso a meios audiovisuais para as intervenções de educação para a saúde Existência de consulta de enfermagem de follow-up Contactos telefónicos de follow-up para reforço/monitorização das intervenções desenvolvidas Implementação de aplicações tecnológicas (sistema automático de SMS, alertas) de follow-up para reforço das intervenções desenvolvidas Programação de consulta de enfermagem de follow-up ao 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses e contacto telefónico aos 15 dias, 2, 4, 9, 15 e 20 meses	Tensão arterial, pulso, peso/ IMC e Escala da dor 1, 3, 6, 12,18, 24 meses Questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Brief) 1, 3, 6, 12,18, 24 meses

APÊNDICE H – GUIA ORIENTADOR DO PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO DO REGIME
TERAPÊUTICO EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

GUIA ORIENTADOR

Elaborado por: Olga Gonçalves

setembro, 2018

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros desempenham um papel significativo na ajuda às pessoas com doença cardiovascular, na preservação da autonomia e controlo da doença, pela motivação para a necessidade de adesão ao regime terapêutico, pela ação educativa e validação da sua compreensão sobre a doença e fatores de risco, envolvendo ativamente a pessoa e sua família, criando ambientes de relação terapêutica efetiva.

A prática de cuidados de Enfermagem, baseada na melhor evidência, constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Assente nestas premissas foi construído um Procedimento de Enfermagem (PE) que sistematizasse a intervenção de enfermagem na promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular, em anexo.

Para facilitar a sua utilização foi elaborado um guia este orientador com os seguintes objetivos:

- Facilitar a utilização do PE pelos enfermeiros;
- Clarificar conceitos e procedimentos;
- Definir o registo da informação clínica necessária à documentação da tomada de decisão dos enfermeiros;
- Uniformizar a linguagem de enfermagem;
- Possibilitar a recolha de dados de enfermagem comparáveis para avaliar a qualidade de cuidados.

1 - ENQUADRAMENTO

Apesar de melhorias evidentes na prevenção e tratamento nas últimas décadas, as patologias do foro cardiovasculares representam cerca de 30% da mortalidade em Portugal (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015), sendo responsáveis por um custo elevado nos cuidados de saúde, constituindo uma das principais causas de hospitalização, diminuição da produtividade e de reforma antecipada (Rohlf's [et al.], 2004).

Sabe-se que as doenças cardiovasculares são sensíveis a alterações nos fatores de risco cardiovascular, como ao aumento de intervenções dirigidas para a prevenção e tratamento (Ferreira e Abreu, 2009), pelo que a sua prevenção é o grande desafio, quer para a população em geral, quer para as políticas e para os profissionais de saúde (Perk [et al.], 2013).

Os cuidados de enfermagem ao tomarem por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procuram, ao longo de todo o ciclo vital, promover e proteger a saúde, quer prevenindo a doença, quer promovendo processos de readaptação, assim como, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, através de processos de aprendizagem da pessoa (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2002).

A construção de um PE para a promoção da autogestão do regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular surge da necessidade de sistematização de cuidados sentida pela equipa de enfermagem, numa unidade de saúde do norte do país.

2 - OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

Este PE (anexo I) está organizado por Avaliação Inicial, Focos, Intervenções e Resultados de Enfermagem. A sua construção teve por base as Recomendações Europeias para a Prevenção da Doença Cardiovascular (Perk [et al.], 2013), a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® [ICN, 2011]) e as Teorias de Enfermagem do Autocuidado (Orem, 2001) e das Transições (Meleis, 2010).

2.1. AVALIAÇÃO INICIAL

A avaliação inicial é a primeira etapa do Processo de Enfermagem, em que a documentação de dados sobre o utente e a sua circunstância permite planificar os cuidados, enriquecendo, fundamentando e justificando a decisão em intervenções de enfermagem e o estabelecimento de prioridades. Esta avaliação inicial terá que ser realizada à luz de um Modelo conceptual de Enfermagem para se integrar numa filosofia comum do Processo de Enfermagem e não surgir descontextualizada da linha orientadora da prestação de cuidados de enfermagem de uma dada instituição (Rodrigues, 1998).

Para a definição dos aspetos a considerar para a avaliação inicial foram tidos em conta os fatores de risco apresentados do Perk e seus colaboradores (2013) e a Teria das Transições (Meleis, 2010).

Desta forma da avaliação inicial (tabela 1) constam elementos relativos:

- Aos fatores de risco cardiovasculares não modificáveis
- Aos fatores de risco cardiovasculares modificáveis
- À consciencialização, envolvimento, conhecimentos e capacidade de gestão do regime terapêutico da pessoa (processo de transição);
- À condição atual da pessoa (avaliação da tensão arterial, pulso, respiração, dor, peso, IMC), para posterior comparação e presença de limitação física e/ou cognitiva, para ajusto do plano de cuidados.

Tabela 1 - Avaliação inicial do PE

	PARÂMETROS DO PE	JUSTIFICAÇÃO E RECOMENDAÇÕES
FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS	Idade	O aumento da idade e o sexo masculino aumentam o risco de doença cardiovascular (Perk, [et al], 2013).
	Sexo	
	Componente hereditária (prevalência familiar de doença cardiovascular prematura)	A história familiar consiste numa combinação variável da genética e do ambiente partilhado. Existe evidência a favor de uma forte hereditariedade de muitos fatores de risco cardiovasculares. A prevalência familiar de doença aterosclerótica ou de fatores de risco major (hipertensão, diabetes mellitus, hiperlipemia) deve ser procurada sistematicamente nos familiares de primeiro grau de qualquer doente antes dos 55 anos nos homens e dos 65 anos em mulheres (Perk, [et al], 2013).
	Fatores de risco psicossociais: apoio social, depressão, perceção do seu stress laboral (como considera o seu dia-a-dia) / padrão sono/repouso, estatuto socioeconómico (educação, ocupação e rendimentos), acessibilidade aos serviços de saúde disponíveis	A avaliação dos fatores psicossociais em pessoas com doença cardiovasculares é importante como meio de estratificação de esforços preventivos futuros consoante o perfil de risco individualizado do doente. Um baixo estatuto socioeconómico, a falta de apoios sociais, o stress no trabalho e na vida familiar, a depressão, ansiedade e a hostilidade contribuem para o risco de desenvolver doença cardiovascular e o agravamento do curso clínico e prognóstico da doença cardiovascular. Estes fatores agem como barreiras em relação à adesão terapêutica e aos esforços para melhorar os estilos de vida, assim como à promoção da saúde e bem-estar das pessoas (Perk, [et al], 2013).
FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS	Hipertensão arterial (HTA)	A HTA é um fator de risco major da doença cardiovascular (Perk, [et al], 2013). O diagnóstico de HTA define-se, em avaliação de consultório, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da TA sistólica (TAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou da TA diastólica (TAD) igual ou superior a 90 mmHg (DGS, 2013).

Tabela A - Limites da TA para definição de hipertensão propostos pela Sociedades Europeias de Cardiologia e de Hipertensão (DGS, 2013)

	TAS (mmHg)	TAD (mmHg)
Consultório ou clínica	140	90
24 Horas	125-130	80
Dia	130-135	85
Noite	120	70
Casa	130-135	85

Diabetes Mellitus O controlo intensivo da hiperglicemia na diabetes diminui o risco de complicações microvasculares e, em menor grau, o de doença cardiovascular. Para a prevenção da doença cardiovascular na diabetes recomenda-se uma HbA_{1c} alvo <7,0% (<53 mmol/mol) (Perk, [et al], 2013).

Dislipidemia (colesterol total, triglicérideos, LDL e HDL) Os níveis plasmáticos aumentados de colesterol total e de colesterol LDL encontram-se entre os principais fatores de risco de doença cardiovascular. Para o controlo da hiperlipidemia recomenda-se (Perk, [et al], 2013):

- Valores alvo <5mmol/L (menos de ~190 mg/dL) para o colesterol total plasmático e <3 mmol/L (menos de ~115 mg/dL) para o colesterol LDL em indivíduos de baixo ou moderado risco.
- Para os doentes com risco elevado de doença cardiovascular um valor alvo de colesterol LDL <2,5 mmol/L (menos de ~100 mg/dL).
- Em doentes com risco de doença cardiovascular muito elevado, o valor alvo de colesterol LDL recomendado é <1,80mmol/L (menos de ~70 mg/ ou, uma redução do colesterol LDL ≥50%, quando o valor alvo não se consegue atingir).

Peso e IMC

Tanto o excesso de peso como a obesidade estão associadas a um risco de morte por doença cardiovascular. O IMC, [peso (Kg)/comprimento (m)²] tem sido extremamente utilizado para categorizar o peso corporal, sendo que nos adultos o excesso de peso é definido por IMC entre 25 e 29,9 kg/m² e a obesidade por IMC ≥ 30 kg/m² (Perk, [et al], 2013).

Tabela B - Classificação de peso de acordo com IMC em adultos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2000)

Adultos (> 18 anos de idade)	IMC (kg/m ²)
Baixo peso	<18,5
Normal	18,5-24,9
Excesso de peso	25-29,9
Obesidade	≥ 30
Classe 1	30-34,9
Classe 2	35-39,9
Classe 3	≥ 40

Nutrição: consumo de peixe, carne, frutas e legumes, consumo de gorduras saturadas, polinsaturadas, trans, gorduras ômega 3,

Os hábitos dietéticos influenciam o risco cardiovascular, quer por um efeito sobre os fatores de risco como o colesterol sérico, TA, peso corporal e diabetes, quer por um efeito independente desses fatores de risco. O aporte energético deve ser limitado à quantidade de energia para manter (ou obter) um peso saudável, i.e. um IMC. Assim recomenda-se (Perk, [et al], 2013):

- A ingestão de pelo menos 200g de fruta (2-3 porções) e 200g de vegetais (2-3 porções) por dia.

consumo de sal, consumo de açúcar refinado,	<ul style="list-style-type: none"> • A ingestão de pelo menos duas vezes por semana de peixe, sendo uma das quais peixe rico em ácidos gordos. • Consumir frutas variadas, vegetais, frutos secos, produtos de soja, produtos pobres em gorduras, cereais, pastas e pão integrais. • Reduzir o consumo de gorduras saturadas e trans, tais como carnes vermelhas, os enchidos, o leite completo e as carnes processadas. • Consumir óleos e margarinas com baixo conteúdo de gorduras saturadas e ricas em ácidos gordos ómega 3. • Consumir menos de 6 gramas de sal (2400 mg de sódio) por dia. • Eliminar o consumo de refrigerantes açucarados. • Reduzir a ingestão calórica, nomeadamente à custa da não ingestão de açúcares.
Consumo de álcool	O consumo de álcool seja limitado num máximo de um copo/dia para as mulheres (10g/dia) ou dois copos dia para os homens (20g/dia). O vinho tinto parece ter um efeito mais favorável.
Uso de tabaco	<p>Deixar de fumar depois de um enfarte do miocárdio é potencialmente a mais eficaz de todas as medidas preventivas.</p> <p>A cessação tabágica deve ser encorajada em todos os fumadores. Não existe limite de idade para os benefícios da cessação tabágica. A redução tabágica não pode de modo geral ser recomendada como alternativa à cessação tabágica (Perk, [et al], 2013).</p> <p>O Teste de Fagerström (tabela 4) para a Dependência da Nicotina tem como objetivo avaliar o grau de dependência da nicotina.</p> <p>Este teste baseia-se em seis questões, onde de acordo com a resposta tem uma determinada pontuação. O total dos pontos permite de uma forma simples e rápida fazer uma autoavaliação.</p> <p>Este questionário servirá, para quem quer deixar de fumar, avaliar o quanto depende da nicotina, para quem faz o tratamento, permite um acompanhamento mais personalizado.</p>

Tabela C - Teste de dependência à nicotina: com validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström⁹

1- Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro? <input type="radio"/> mais de 60 min _____ 0 <input type="radio"/> entre 31 e 60 min _____ 1 <input type="radio"/> entre 6 e 30 min _____ 2 <input type="radio"/> menos de 5 min _____ 3
2- Custa-lhe não fumar em locais onde é proibido? <input type="radio"/> não _____ 0 <input type="radio"/> sim _____ 1
3- Qual o cigarro que seria mais difícil para si deixar de fumar? <input type="radio"/> qualquer outro _____ 0 <input type="radio"/> o primeiro da manhã _____ 1
4- Quantos cigarros fuma por dia? <input type="radio"/> 10 ou menos _____ 0 <input type="radio"/> de 11 a 20 _____ 1 <input type="radio"/> de 21 a 30 _____ 2 <input type="radio"/> mais de 30 _____ 3
5- Fuma mais nas primeiras horas depois de acordar ou no resto do dia? <input type="radio"/> no resto do dia _____ 0 <input type="radio"/> nas primeiras horas depois de acordar _____ 1
6- Se estiver muito doente, da cama, fuma ou não? <input type="radio"/> não _____ 0 <input type="radio"/> sim _____ 1
TOTAL DE PONTOS – ()
GRAU DE DEPENDÊNCIA 0-2 Pontos -Muito Baixo; 3-4 Pontos – Baixo; 5 Pontos – Médio; 6-7 Pontos – Elevado; 8-10 Pontos - Muito Elevado.

⁹ Ferreira, Pedro L.; Quintal, Carlota; Lopes, Inês, E; Taveira, Natália (2009).

Tipo de exercício físico, quantidade e qualidade A atividade física regular e/ou a prática de exercício aeróbico está associada a uma diminuição na mortalidade cardiovascular. As recomendações associadas à prática de exercício físico são (Perk, [et al], 2013):

- Os adultos saudáveis de todas as idades devem despende 2,5-5 horas por semana em atividade física ou na prática de exercício aeróbico, pelo menos com intensidade moderada, ou 1-2,5 horas por semana em exercício vigoroso e intenso. Os indivíduos sedentários devem ser fortemente encorajados a iniciar programas de exercício de intensidade ligeira.
- Os doentes com EAM, *bypass* coronário ou intervenção coronária percutânea prévios, angina estável ou insuficiência cardíaca crónica estável devem praticar exercício aeróbico de intensidade moderada a intensa três ou mais vezes por semana e 30 minutos por sessão. Os indivíduos sedentários devem ser fortemente encorajados a iniciar programas de exercício físico de intensidade ligeira, após estratificação adequada do risco relacionado com o exercício.

Os exemplos de atividade física/prática de exercício aeróbico podem ser atividades relacionadas com o desporto como marcha, corrida, bicicleta, remo, nadar, aeróbica ou atividades comuns como andar rápido, subir escadas, fazer mais trabalho domésticos e jardinagem ou participar em atividades físicas recreativas.

PROCESSO DE TRANSIÇÃO	<p>Conhecimentos prévios sobre a doença cardiovascular e os seus fatores de risco</p> <p>Motivação</p> <p>Recursos aos serviços de saúde (preocupações com a vigilância de saúde)</p> <p>Identificação da (s) pessoa (s) significativa (s) / agregado familiar</p>	<p>Os desafios colocados pelos regimes terapêuticos e a perceção da sua complexidade são mediados pelos recursos internos percebidos (competências cognitivas, literacia, acuidade visual, competências instrumentais, suporte percebido,...) e pelos recursos externos (acessibilidade e disponibilidade dos serviços de saúde). Os recursos percebidos para lidar com regimes terapêuticos complexos não podem ser dissociados da força de vontade, da esperança, das crenças e das experiências prévias pessoais ou de pessoas significativas com tratamentos de saúde, bem como, da atitude face às propostas terapêuticas disponibilizadas. Outro fator que influencia a complexidade percebida é a perceção da dimensão da mudança que é necessário implementar no dia-a-dia e o suporte social, familiar, de amigos e profissionais de saúde, para incorporar o tratamento e atingir os objetivos de saúde desejados. A complexidade dos regimes terapêuticos é um dos fatores que pode concorrer para o insucesso no desenvolvimento da capacidade de gerir com eficácia a condição de saúde, o que pode ter repercussões negativas na qualidade de vida e no nível de saúde</p>
------------------------------	--	--

(Meleis, 2012).

2.2. FOCOS DE ATENÇÃO E INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM¹⁰

Os enfermeiros no âmbito da sua intervenção autónoma podem acrescentar valor significativo em saúde, num esforço e compromisso a par com a pessoa/significativos, capacitando a aprendizagem e o desenvolvimento de capacidades cognitivas e comportamentais através da sua ação educativa de informação.

Os Focos de Atenção e das Intervenções de Enfermagem (Tabela 2) organizam-se por 4 dimensões, tomando por base orientações de Meleis (2010):

- Consciencialização - está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da pessoa sobre a experiência de transição que está a vivenciar, facilitando a mudança, nomeadamente a adesão ao regime terapêutico decorrente do problema de saúde.
- Envolvimento - traduz a ideia de participação ativa e empenhada no processo de transição (gestão do regime terapêutico), sendo influenciado pelo conhecimento que cada um detém sobre as implicações da sua transição e pelo empenho do enfermeiro em promover o compromisso.
- Conhecimento – reporta-se à informação terapêutica que detém ou desenvolve sobre as alterações que está a vivenciar ou ocorram no futuro, favorecendo transições saudáveis.
- Capacidade para gerir – reporta-se ao processo de se adaptar às mudanças decorrentes do problema de saúde, e ajustar-se positivamente à nova condição, conseguindo alcançar um novo equilíbrio.

¹⁰ Foco diz respeito a área de atenção relevante para enfermagem; Intervenção de Enfermagem é a ação tomada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a produzir um resultado de Enfermagem; Resultado de enfermagem é a consequência ou efeito de algo, facto obtido ([CIPE®], versão 2, ICN, 2011).

Tabela 2 - Focos e Intervenções de Enfermagem do PE de acordo com as dimensões

Dimensão	Focos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Consciencialização	Consciencialização da necessidade de implementar mudanças Consciencialização das vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico Consciencialização dos recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico	Identificar com a pessoa o tempo de sintomatologia e o impacto da doença no quotidiano Informar sobre a necessidade de implementar mudanças no quotidiano Disponibilizar material de apoio Informar sobre limitações físicas associadas à doença Informar sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico Informar sobre modalidades do regime terapêutico (dieta, atividade física, medicação, cessação tabágica) Informar sobre recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico
Envolvimento	Confiança nas suas capacidades e potencialidades Comportamento de procura de saúde Apoio social Autoestima Stresse Aceitação de apoio Vontade de aprender para gerir o regime terapêutico Aceitação da integração das alterações no quotidiano	Apoiar no reconhecimento do seu potencial Reforçar o reconhecimento do seu potencial Apoiar no reconhecimento de recursos externos disponíveis Informar sobre estratégias de adaptação Informar sobre as vantagens do envolvimento ativo Envolver o cliente na tomada de decisão sobre a gestão do regime terapêutico Incentivar a procura de informação Negociar estabelecimento de metas realistas para as mudanças esperadas Identificar necessidade e desejos em termos de suporte social e/ou outros
Conhecimento	Conhecimento sobre a manifestação (sinais e sintomas) /progressão da doença Conhecimento sobre atividade física Conhecimento sobre regime dietético Conhecimento sobre regime medicamentoso Conhecimento sobre consumo de tabaco Conhecimento sobre controlo do peso Conhecimento sobre vigilância em saúde	Ensinar sobre a manifestação (sinais e sintomas) /progressão da doença Ensinar sobre fatores que agravam a doença Ensinar sobre atividade física Ensinar sobre regime dietético Ensinar sobre regime medicamentoso Ensinar sobre vantagens da cessação tabágica Ensinar sobre o controlo de peso Ensinar sobre vigilância de saúde
Capacidade para gestão	Aprendizagem sobre as manifestações (sinais e sintomas) /progressão da doença Aprendizagem sobre atividade física Aprendizagem sobre regime dietético Aprendizagem sobre regime medicamentoso Aprendizagem sobre o consumo de tabaco Aprendizagem sobre controlo de peso Aprendizagem sobre vigilância em saúde	Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre manifestações (sinais e sintomas) / progressão da doença Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre atividade-física Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre regime dietético Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre regime medicamentoso Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre consumo de tabaco Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre controlo de peso Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre vigilância em saúde

Por sua vez, tendo em conta as recomendações emanadas pela Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC) para a Prevenção Cardiovascular na prática clínica (Perk et al., 2013), espera-se como padrões de resposta (Resultados de Enfermagem), às intervenções de enfermagem: cessação do consumo do tabaco de forma ativa e permanente; manutenção da TA <140/90 mmHg e <130/80 mmHg nas pessoas diabéticas ou com doença renal crónica; alimentação diversificada e equilibrada saudável, baixo consumo de sal, gorduras saturadas e trans, açúcar e álcool; prática de exercício físico e com recurso a fármacos se necessário; manutenção do colesterol LDL <100mg/dl, se os triglicéridos são >200 mg/dl, e do colesterol não HDL (colesterol total – colesterol-HDL) <130 mg/dl; manter o IMC entre os 18,5 e os 25 Kg/m², com um perímetro da cintura inferior a 94 cm no homem e a 80 cm na mulher).

Para a avaliação dos Resultados de Enfermagem foram definidos prazos: a curto prazo, na data da alta hospitalar; a médio prazo, aos 6 meses; longo prazo aos 12 meses (Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados de Enfermagem do PE

A curto prazo (na alta hospitalar)	A médio prazo (6 meses)	A longo prazo (12 meses)
Demonstra responsabilidade pela mudança de estilos de vida	Refere aumento da atividade física regular	Mantém um estilo de vida saudável de acordo com as recomendações emanadas
Reconhece a importância do regime atividade física	Refere adesão à dieta adequada	Integra atividade física regular como normal
Demonstra conhecimento de princípios básicos da composição da dieta	Mantém adesão ao regime medicamentoso	Integra regime dietético recomendado como normal
Demonstra compreensão do regime medicamentoso	Apresenta normalização da tensão arterial em pessoa pré-hipertensas	Consegue estabilização de peso na meta estabelecida
Demonstra adesão ao regime medicamentoso	Verifica-se uma perda de peso progressiva	Mantém cessação tabágica sendo considerado ex-fumador quando completar pelo menos 12 meses a partir da data de abandono
Refere compreensão da necessidade de cessação tabágica		Mantém níveis alvos de tensão arterial
Refere cessação tabágica		Mantém níveis alvos de colesterol
Demonstra compreensão da necessidade de controlo de tensão arterial		
Demonstra compreensão da necessidade de controlo de peso		
Demonstra conhecimentos sobre sinais e sintomas de alerta da doença cardiovascular		

2.3. ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

As estratégias de implementação são o conjunto de métodos/modos que os enfermeiros utilizam na sua interação com as pessoas e seus significativos, que sejam promotores de proximidade, confiança e envolvimento/compromisso proactivo que tornem a ação educativa mais eficiente e eficaz.

Assim foram definidos as seguintes estratégias de implementação:

- a) Relação interpessoal (disponibilidade, empatia, escuta ativa, relação de confiança e reciprocidade, encorajamento)

Para melhorar a relação interpessoal, o enfermeiro, pode recorrer a entrevista motivacional breve, mostrando empatia, utilizando perguntas abertas e atitude de escuta reflexiva, de modo a evitar situações de oposição e confronto direto, num processo interativo que crie condições para que a pessoa tome consciência não só das suas ambivalências, mas também das suas capacidades e necessidades para empreender a mudança (Perk [et al.], 2013). São objetivos da entrevista motivacional: aumentar a consciência do problema (sentido de importância do problema e necessidade de mudar); explorar e ajudar a resolver a ambivalência; ajudar a ultrapassar os obstáculos - reforçar a auto-eficácia; apoiar o processo de tomada de decisão para a mudança (Nunes [et al.], 2007).

Na cessação tabágica, o enfermeiro, pode tentar reforçar a motivação mediante uma abordagem estruturada em função dos chamados “5 Rs” (Fiore [et al.], 2010).

- 1.º R – Relevância dos benefícios: encorajar o fumador a descrever em que medida o abandono do tabaco pode ser benéfico para o próprio e para a sua família. Pode ser útil listar os benefícios para si e para terceiros.
- 2.º R – Riscos em continuar: pedir ao fumador que identifique as potenciais consequências negativas do uso do tabaco, dando maior ênfase aos riscos que parecem mais relevantes, a curto e a longo prazo. Pode ser útil listar os riscos para si e para terceiros.
- 3.º R – Recompensas: pedir ao fumador que identifique os potenciais benefícios de parar de fumar, reforçando os mais importantes, em particular para a sua saúde.

- 4.º R – Resistências: solicitar ao fumador que identifique as barreiras ou obstáculos que possam comprometer a decisão de parar ou o seu sucesso, como, por exemplo, o medo de falhar ou o receio dos sintomas de privação.
 - 5.º R – Repetição: a intervenção deve ser repetida sempre que o fumador não motivado se apresente ao profissional de saúde. Este deve estar atento à ocorrência de momentos de maior sensibilidade à mudança, tais como o diagnóstico de patologia grave que ponha a vida em perigo, ou um diagnóstico de gravidez.
- b) Envolvimento das pessoas significativas
 - c) Entrega de guia orientador/panfletos
 - d) Sessões de educação para a saúde individualizada
 - e) Sessões interativas de partilha de experiências com pares
 - f) Recurso a meios audiovisuais para as intervenções de educação para a saúde
 - g) Existência de consulta de enfermagem de follow-up
 - h) Contactos telefónicos de follow-up para reforço/monitorização das intervenções desenvolvidas
 - i) Implementação de aplicações tecnológicas (sistema automático de SMS, alertas) de follow-up para reforço das intervenções desenvolvidas
 - j) Programação de consulta de enfermagem de follow-up aos 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses e contacto telefónico aos 15 dias, 2, 4, 9, 15 e 20 meses

2.4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

Para desenvolver prática baseada na evidência, como forma de produzir e integrar os conhecimentos, os valores, as preferências das pessoas e as características dos enfermeiros peritos e direcionar os cuidados prestados para as necessidades das pessoas, desenvolvendo deste modo, uma prática de enfermagem avançada que traduza cuidados de maior qualidade, são necessários instrumentos de avaliação (CRAIG; SMYTH, 2004).

Assim foi definido que para avaliar periodicamente o Procedimento de Enfermagem:

- a) Monitorizar a tensão arterial, pulso, peso/ IMC e Escala da dor, respetivamente aos 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses

- b) Aplicar o questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Brief) aos 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses

O instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) destina-se à avaliação da qualidade de vida, tendo sido desenvolvido em coerência com a definição assumida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), isto é, como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994). Trata-se de uma definição que resulta de um consenso internacional, representando uma perspectiva transcultural, bem como multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual (WHOQOL Group, 1998).

A versão abreviada (WHOQOL – Brief) do WHOQOL (Anexo II) é composta por 26 itens e está organizada em 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, incluindo ainda uma faceta sobre a qualidade de vida geral. Cada faceta é avaliada através de uma pergunta, correspondente a um item, à exceção da faceta sobre qualidade de vida em geral, que é avaliada através de dois itens, um correspondente à qualidade de vida em geral e outro sobre a percepção geral da saúde (Canavarro [et al.], 2010).

2.5. INDICADORES PARA O PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

Para existir melhoria de um serviço de saúde deve haver indiscutivelmente avaliação da sua qualidade e, para isso, a utilização da informação produzida deve ser uma etapa essencial de modo a criar indicadores que sustentem a ação. Surge assim o conceito de indicador, como algo que traduz em que situação de saúde se encontra um determinado contexto. Segundo o autor, os indicadores são “(...) medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde” (Pereira, 2009). Para a OE (2007), os indicadores referentes aos cuidados de enfermagem são marcadores específicos do estado da saúde das pessoas, evidenciando o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população.

Podem ser de estrutura, que avalia as condições sob as quais os cuidados e serviços são prestados, de processo, que são as atividades que representam os cuidados prestados e de resultado, que se referem às mudanças operadas no estado de saúde das pessoas. Na promoção da qualidade, a estrutura, os processos e os resultados não são elementos autónomos e dissociados, mas estão relacionados entre si (Donabedian, 1980).

Para a intervenção específica na promoção da autogestão do regime terapêutico, formularam-se os seguintes indicadores de processo e de resultado (Tabela 4).

Tabela 4 – Propostas de indicadores de estrutura, de processo e de resultado do PE

INDICADORES DE ESTRUTURA	
N ^a de avaliações iniciais preenchidas Nº de diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem associados ao PE identificados Nº de sessões educativas em grupo mensais, em internamento Nº de sessões educativas em grupo mensais, após alta Nº de <i>follow-up</i> telefónico, após alta Nº de consultas de <i>follow-up</i>	
INDICADORES DE PROCESSO	
Percentagem de utentes a quem foi aplicado o PE no internamento	Nº de utentes com PE/ nº de utentes internados com doença cardiovascular* 100 (num determinado período de tempo)
Percentagem de utentes abrangidos pelo PE em <i>follow-up</i>	Nº de utentes com doença cardiovascular abrangidos pelo PE em <i>follow-up</i> / nº de utentes com doença cardiovascular que tiveram alta* 100 (num determinado período de tempo)
Percentagem de utentes abrangidos por <i>follow-up</i> telefónico	Nº de utentes com doença cardiovascular abrangidos <i>por follow-up</i> telefónico/ nº de utentes com doença cardiovascular que tiveram alta* 100 (num determinado período de tempo)
Percentagem de utentes que frequentaram sessões educativas com pares durante o internamento/ Percentagem de utentes que participaram em mais de uma sessão educativas durante o internamento	Nº de utentes com doença cardiovascular que participaram em sessões com pares durante o internamento; nº utentes com doença cardiovascular que participaram em mais de uma sessão educativas durante o internamento/ nº de utentes internados com doença cardiovascular* 100 (num determinado período de tempo)

Nº de utentes que frequentaram sessões educativas com pares em <i>follow-up</i> / Percentagem de utentes que participaram em mais de uma sessão educativas em <i>follow-up</i>	Nº de utentes com doença cardiovascular que participaram em sessões educativas com pares em <i>follow-up</i> ; nº utentes com doença cardiovascular que participaram em mais de uma sessão educativas em <i>follow-up</i> / nº de utentes com doença cardiovascular* 100 (num determinado período de tempo)
INDICADORES DE RESULTADO	
Controlo de peso: IMC <25Kg/m ² e/ou perímetro abdominal <94 cm nos homens e 80 cm nas mulheres	Nº de utentes com controlo de peso inadequado que passaram para controlo de peso com pelo menos 1 intervenção de enfermagem pelo PE/nº total de utentes com controlo de peso inadequado * 100 (num determinado período de tempo)
Controlo de TA: <140/<90 MmHg em utentes hipertensos; <130/<80 MmHg em utentes hipertensos com DM, insuficiência cardíaca ou doença renal crónica	Nº de utentes com controlo de TA inadequada que passaram para controlo de TA com pelo menos 1 intervenção de enfermagem pelo PE/nº total de utentes com controlo de TA inadequado * 100 (num determinado período de tempo)
Controlo dos lípidos: Colesterol LDL <100 ou 70 mg/dl e Colesterol não HDL <130 ou 100mg/dl	Nº de utentes com controlo de lípidos inadequado que passaram a controlo de lípidos com pelo menos 1 intervenção de enfermagem pelo PE/ nº total de utentes com controlo de lípidos inadequado (num determinado período de tempo)
Controlo da DM: HbA1c <6,5%	Nº de utentes com controlo da diabetes inadequado que passaram a controlo da diabetes com pelo menos 1 intervenção de enfermagem pelo inadequado (num determinado período de tempo)
Cessação tabágica	Nº de utentes com cessação tabágica com pelo menos 1 intervenção de enfermagem pelo PE/nº total de utentes fumadores * 100 (num determinado período de tempo)
Atividade física: Aumento da atividade física, com um mínimo de 30 minutos 3x semana	Nº de utentes sedentários que passaram a praticar exercício físico com pelo menos 1 intervenção de enfermagem pelo PE/nº total de utentes sedentários * 100 (num determinado período de tempo)

3 – BIBLIOGRAFIA

ANGELO, M. [et al.] - Do empirismo à ciência: a evolução do conhecimento de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem USP. Vol. 29, nº 3, (1995), p. 44-53.

CANAVARRO, M. C., [et al.]. WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro,& A. Vaz Serra (Eds.), Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (2010), p. 171-190.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN). - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2011.

CRAIG, J.; SMYTH, R. (2004). Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros. Camarate: Lusociência.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – Hipertensão arterial: definição e classificação. Norma nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2002. Lisboa (2015).

DONABEDIAN, A. - An introduction to quality assurance in Health Care. Oxford: University Press, 2003.

FERREIRA, Rui; ABREU, Ana – Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2009.

MELEIS, A. [et al.] – Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem, Dezembro, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - The World Health Report 2000. Obesity – Preventing and Managing the Global Epidemic Geneva, 2000.

PEREIRA, Filipe – Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN 9789898269065.

PERK, Joep [et al.] - Recomendações Europeias para a prevenção da doença cardiovascular na prática clínica (versão de 2012): Quinto Grupo de Trabalho Conjunto da European of Cardiology e Outras Sociedades para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica. Revista Portuguesa de Cardiologia. ISSN 0870-2551. Vol.32, Nº6 (2013), p. 553.e-553.e77.

RODRIGUES, M. A. (1998) - Das fontes de informação ao discurso científico. Referência. Nº 0, p. 41-48 ROHLFS, I. [et al.] – Relationship of socioeconomic status with cardiovascular risk factor and lifestyle in a Mediterranean population. European Journal of Nutrition. ISSN: 1436-6207. Vol 43, N. °2 (2004), p.77-85.

SILVA, A. P. – Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Tese de doutoramento. (2001).

Vaz Serra, et al., (2006). Estudos psicométricos do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. Psiquiatria Clínica, 27 (1), p. 41-49.

WHOQOL Group - Development of the WHOQOL: Rationale and current status. International Journal of Mental Health, 23(3), (1994), p 24-56.

WHOQOL Group - The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social Science e Medicine, 46 (12) (1998), p 1569-1585.

ANEXOS

**ANEXO I - PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO
DO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR**

Avaliação inicial	Dimensão	Focos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Tensão arterial, pulso, respiração e dor (escala de dor) Peso corporal e IMC Componente hereditária/Fatores genéticos Hipertensão arterial Diabetes Mellitus Dislipidemia (colesterol total, triglicerídeos, LDL e HDL) Identificação da (s) pessoa (s) significativa (s) / agregado familiar Apoio social (família, amigos, comunitário) /isolamento social Depressão Perceção do seu stresse psicológico (como se considera no seu dia-a-dia) Padrão de sono/repouso Estatuto socioeconómico (educação, ocupação, rendimentos) Acessibilidade aos serviços de saúde disponíveis Consumo de peixe, carne, frutas e legumes Consumo de gorduras saturadas, polinsaturadas, trans, gorduras ómega 3 Consumo de sal Consumo de açúcar refinado Consumo de álcool Consumo de tabaco (avaliação pelo teste de Fagstrom) Limitações físicas e/ou cognitivas Tipo de exercício, quantidade e qualidade Conhecimentos prévios sobre a doença cardiovascular Conhecimentos prévios sobre fatores de risco da doença cardiovascular Motivação para alteração de fatores de risco da doença cardiovascular Recurso aos serviços de saúde (preocupação com a vigilância da sua saúde)	Consciencialização	Consciencialização da necessidade de implementar mudanças Consciencialização das vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico Consciencialização dos recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico	Identificar com a pessoa o tempo de sintomatologia e o impacto da doença no quotidiano Informar sobre a necessidade de implementar mudanças no quotidiano Disponibilizar material de apoio Informar sobre limitações físicas associadas à doença Informar sobre as vantagens de uma gestão eficaz do regime terapêutico Informar sobre modalidades do regime terapêutico (dieta, atividade física, medicação, cessação tabágica) Informar sobre recursos necessários para uma gestão eficaz do regime terapêutico
	Envolvimento	Confiança nas suas capacidades e potencialidades Comportamento de procura de saúde Apoio social Autoestima Stresse Aceitação de apoio Vontade de aprender para gerir o regime terapêutico Aceitação da integração das alterações no quotidiano	Apoiar no reconhecimento do seu potencial Reforçar o reconhecimento do seu potencial Apoiar no reconhecimento de recursos externos disponíveis Informar sobre estratégias de adaptação Informar sobre as vantagens do envolvimento ativo Envolver o cliente na tomada de decisão sobre a gestão do regime terapêutico Incentivar a procura de informação Negociar estabelecimento de metas realistas para as mudanças esperadas Identificar necessidade e desejos em termos de suporte social e/ou outros
	Conhecimento	Conhecimento sobre manifestações (sinais e sintomas) /progressão da doença Conhecimento sobre atividade física Conhecimento sobre regime dietético Conhecimento sobre regime medicamentoso Conhecimento sobre consumo de tabaco Conhecimento sobre controlo do peso Conhecimento sobre vigilância em saúde	Ensinar sobre a manifestação (sinais e sintomas) /progressão da doença Ensinar sobre fatores que agravam a doença Ensinar sobre atividade física Ensinar sobre regime dietético Ensinar sobre regime medicamentoso Ensinar sobre vantagens da cessação tabágica Ensinar sobre o controlo de peso Ensinar sobre vigilância de saúde
	Capacidade para gestão	Aprendizagem sobre as manifestações (sinais e sintomas) /progressão da doença Aprendizagem sobre atividade física Aprendizagem sobre regime dietético Aprendizagem sobre regime medicamentoso Aprendizagem sobre o consumo de tabaco Aprendizagem sobre controlo de peso Aprendizagem sobre vigilância em saúde	Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre manifestações (sinais e sintomas) / progressão da doença Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre atividade-física Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre regime dietético Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre regime medicamentoso Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre consumo de tabaco Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre controlo de peso Avaliar conhecimentos/aprendizagens sobre vigilância em saúde

Resultados de Enfermagem		
A curto prazo (na alta hospitalar)	A médio prazo (6 meses)	A longo prazo (12 meses)
Demonstra responsabilidade pela mudança de estilos de vida Reconhece a importância do regime atividade física Demonstra conhecimento de princípios básicos da composição da dieta Demonstra compreensão do regime medicamentoso Demonstra adesão ao regime medicamentoso Refere compreensão da necessidade de cessação tabágica Refere cessação tabágica Demonstra compreensão da necessidade de controlo de tensão arterial Demonstra compreensão da necessidade de controlo de peso Demonstra conhecimentos sobre sinais e sintomas de alerta da doença cardiovascular	Refere aumento da atividade física regular Refere adesão à dieta adequada Mantém adesão ao regime medicamentoso Apresenta normalização da tensão arterial em pessoa pré-hipertensas Verifica-se uma perda de peso progressiva	Mantém um estilo de vida saudável de acordo com as recomendações emanadas Integra atividade física regular como normal Integra regime dietético recomendado como normal Consegue estabilização de peso na meta estabelecida Mantém cessação tabágica sendo considerado ex-fumador quando completar pelo menos 12 meses a partir da data de abandono Mantém níveis alvo de tensão arterial Mantém níveis alvo de colesterol

Estratégias de implementação	Instrumentos de Avaliação do PE
Relação interpessoal (disponibilidade, empatia, escuta ativa, relação de confiança e reciprocidade, encorajamento) Envolvimento das pessoas significativas Entrega de guia orientador/panfletos Sessões de educação para a saúde individualizada Sessões interativas de partilha de experiências com pares Recurso a meios audiovisuais para as intervenções de educação para a saúde Existência de consulta de enfermagem de follow-up Contactos telefónicos de follow-up para reforço/monitorização das intervenções desenvolvidas Implementação de aplicações tecnológicas (sistema automático de SMS, alertas) de follow-up para reforço das intervenções desenvolvidas Programação de consulta de enfermagem de follow-up ao 1, 3, 6, 12, 18, 24 meses e contacto telefónico aos 15 dias, 2, 4, 9, 15 e 20 meses	Tensão arterial, pulso, peso/ IMC e Escala da dor 1, 3, 6, 12,18, 24 meses Questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – Brief) 1, 3, 6, 12,18, 24 meses

**ANEXO II - QUESTIONÁRIO WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF
LIFE (WHOQOL – BRIEF)**

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1(G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
2(G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas últimas duas semanas.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
3(F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da sua vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?					
9(F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?					

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas últimas duas semanas.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
10(F2.1)	Tem energia suficiente para sua vida diária?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
15(F9.1)	Como avaliar a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio (a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito em relação a vários aspetos das sua vida nas últimas duas semanas

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem	Boa	Muito Boa
--	--	----------	----	-------------	-----	-----------

				Má		
16(F3.3)	Até que ponto está satisfeito (a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito (a) consigo próprio (a)?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Até que ponto está satisfeito (a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua vida sexual?	1	2	33	4	5
22(F14.4)	Até que ponto está satisfeito (a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Até que ponto está satisfeito (a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Até que ponto está satisfeito (a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Até que ponto está satisfeito (a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
26(F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

APÊNDICE I – PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO: DIRETOR CLÍNICO E ENFERMEIRO CHEFE DO
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

APÊNDICE J – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO: PRESIDENTE DO CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

APÊNDICE K – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO: PRESIDENTE DO CONSELHO DE ÉTICA

APÊNDICE L – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

APÊNDICE M – REQUERIMENTO COMISSÃO ÉTICA

ANEXOS

ANEXO I – PARECER COMISSÃO DE ÉTICA